

الشخصية

والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د. أمال محمد السميح مایجی باظه

أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس

بكلية التربية بكفر الشيخ

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

١٠٠٠

الشخصية

والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د . آمال عبد السميع مليجي باظه

أستاذ الصحة النفسية المساعد

ورئيس قسم علم النفس

بكلية التربية بكفر الشيخ

الطبعة الأولى

١٩٩٧

مكتبة الانجلو المصرية
١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

اهداء

إلى والدي ووالدي

إلى زوجي وأبنائي

(محمد - أحمد - سالي)

اهدى هذا الكتاب

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(تقديم)

يحتوى هذا الكتاب على ثلاثة فصول تفيد المتخصص فى مجال علم النفس ويصفه خاصة مجال الصحة النفسية . ويحتوى الفصل الأول على عرض موجز لأشهر نظريات الشخصية بطريقة مبسطة ومقارنه . وذلك حيث ان الشخصية تعد بمثابة الجهاز المحدد للسلوك وتم عرض نظرية (آلپورت) التي جمعت بين الوحده الكلية الديناميه والوظيفيه وتم توضيح علاقة كل من السمه والعامل والبعد عند كل من (جيلفورد و أيزنك) والعلاقة بين خصائص الشخصية والمرض . وكذلك الشخصيه والالم كتناول جديد في هذا الكتاب . ويحتوي الفصل الثانى على مجموعة من الاضطرابات السلوكية مثل العدائيه والعدوانية مشتملة على أهم نظرياتها ومقاييسهما سواء التي تم تقينها فى المجتمع المصري أو ما هو شائع في التراث السيكولوجي والفروق الجنسية في السلوك العدوانى وصوره والآثار السلبيه لتعرض الإناث والسيدات للعنف والعدوان .

ويحتوى هذا الفصل أيضا على مشاعر الذنب ومستوياتها ومصادرها ثم كيفية قياسها وموجز عن الاختبار المعد لقياسها . بالاضافه الى السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل التي يعتبرها (بلاك بورن) أسلوب معرفى وتم تقنين مقياسا للأبعاد الثلاثه السابقه هذا بالاضافه الى وجود جزء خاص باضطرابات الاكل باشهر صورتين هما : فقدان الشهيه العصبى وشره الطعام وتم عرض أكثر من نظريه ونموذج تحليلى وظيفى لتفسير حدوثهما . ويعتبر الكتابه فى هذا الجزء بنظرياتها الحديثه مجال رائد من مجالات الصحة النفسية .

وفى الفصل الثالث : تم مناقشة وعرض الافكار الخاصة بتصنيف الاضطرابات الوجدانية حيث أطلق عليها فى دليل تشخيص الامراض العقلية والنفسيه الذى تصدره رابطة الاخصائيين الامريكين فى طبيعته الاخيريه . وتم عرض كل من اضطراب الاكتئاب بأنواعه ومقاييسه والتداخل مع اضطراب القلق . وكذلك الاضطراب الهستيرى والاضطراب الوسواسى القهرى .

ويشتمل هذا الكتاب على تعريف مجموعة من المقاييس النفسيه الحديثه التي اعدت للمتخصص النفسى العربى كل عقب الجزء الخاص بها .

ويتناول هذا الكتاب أمثلة للاضطرابات سواء السلوكية أو الوجدانية الاكثر شيوعا .

وأسجد لله العلى العظيم على توفيقه لى فى اعداد هذا الكتاب مع دعائى .

« اللهم انى أعوذ بك من علم لاينفع »

د. أمال عبد السميع باظه

١٩٩٧م

الفصل الأول

الشخصية

- نظريات الشخصية .
- السمات .
- الابعاد .
- الانمط .
- الشخصية والمرض .
- الشخصية لبعض الحالات المرضية .

نظريات الشخصيه

أولاً : نظريه السمات - الأنماط - الأبعاد

تصميم السمات عند "البورت"

أ. : السمات العامه والخاصه (الفريده) :

السمات العامه هي السمات المشتركه أو الشائعه بين عدد كبير من الافراد في حضاره معينه وقد تكون في حضارات كثيره كذلك . او قد تشيع بين الافراد على وجه العموم ومن أمثله السمات المشتركه للشخصيه الشيطريه والانطواء - الاتزان الوجداني والسمه العامه هي مظاهر عديده للشخصيه يمكننا ان نقارن بها بصره معتدله جميع الافراد الذين ينتمون الى بيئته ثقافيه معينه ، فالسمات العامه اذا تلك المظاهر من الشخصيه التي يمكننا ان نقارن بها بصره معتدله ومفيدة معظم الافراد في بيئته ثقافيه معينه .

يعرف "البورت" (١٩٣٧) السمه العامه بأنها فئه تصنف فيها أشكال السلوك المتكافئه وظيفيا لدى المجموع العام من الناس ورغم تأثيرها باعتبارها مصطنعه فإن السمه المشتركه تعكس الى حد ما الاستعدادات الحقيقيه والتي يمكن مقارنتها لسمه الكثير من الشخصيات ونتيجته للطبيعه الشريه العامه والثقافيه المشتركه فانها تسمى أساليب متشابهه من توافقه مع بيئاتهم ولكن بدرجات مختلفه .

والسمه الفرديه هي فحسب التي يمكن اعتبارها سمه حقيقيه لان السمات توجد دائماً في افراد وليس في المجموع بشكل عام ولانها تتجاوز وتعمم الى استعدادات ديناميه بطرق فريده وفقاً لخبرات كل فرد وان السمه المشتركه ليست سمه حقيقيه على الا انها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفرديه المعقده ، ورغم وجود تشابهات فسي ابناءه السمه لدى أفراد مختلفين فان الطريقه التي تعمل بها أي سمه بالذات لدى شخص

معين تكون دائماً خصتص فريده تميزها عن جميع السمات المشابهه لدى الاشخاص الآخرين
وهكذا فان السمات جميعها سمات فرديه وفريده ولا تخلع الا على فرد بعينه .

ورغم توضيح " ألبرت لآهميه كلا النوعين من السمات العامه والخاصه أو المشتركه
والفريده انه يضع السمات المشتركه في مستوى أدنى من الفريده اذا يرى أن الاخسيره
هي الجديره بالدراسه وهو يبدو في ذلك بفكره التغير والتفرد ، ولكن فكره " ألبرت " هذه
لا يوافق عليها كثير من دارسي الشخصيه وخصوصاً الذين يستخدمون منهج التحليل
العامل ، ذلك أن العلم يهتم بالدرجه الاولى بالجوانب العامه التي يشترك فيها الافراد
ويتشابهون وهذا المدخل الأخير يساعد على امكان اجراء القياس وعقد المقارنات .

وعلى أي حال فان هذا الخلاف يعكس التعارض القائم في علم النفس عامه بين المنهج
الاحصائي أو السيكومتري الذي يركز على ما هو مشترك مقابل المنهج الكلينيكي الذي
يركز على السمات الفرديه ودراسه الحاله ولو ان وجهه النظر الكلينيكيه الحديثه تعتمد
على اسس سيكومتريه احصائيه .

ب : بالسمات الأصلية (الأساسية) والمركزيه والثانويه :

انه من المفيد ان نتعرف على ان السمات قد تختلف في دلالتها وأهميتها في بناء
الشخصيه حيث ان بعض الافراد قد تكون لديهم سمه واحده تويه الى حد أ معظم
سلوكهم يتأثر بها وهي ما تسمى بالسمه الرئيسيه وأنها تبلغ من السياده قدره
لا تستطيع سوى نشاطات قليله ألا تخضع لتأثيرها أما بشكل مباشر أو غير مباشر ولا يمكن
لمثل تلك السمه ان تظل مختفيه طويلا فالفرد يعرف بها حتى أنه يصبح مشهورا
بها ويطلق أحيانا على مثل تلك الصفه السائده اسم السمه البارزه أو الشهوه .

المسيطره أو العاطفه السائده أو أصل الحياه والسمات المركزيه وهي أكثر شيوعاً وهي
تمثل الميول التي تميز الفرد تماماً والتي كثيراً ما تظهر ويكون استنتاجها سهلاً

تماماً وعدد ها لا يتجاوز خمس أو عشر سمات ، أما السمات الثانويه فهي اقل حد وشكلاً

وأقل اعميه في وصف الشخصيه وأكثر تركزا من حيث الاستجابات التي تؤدي اليها وأيضا من حيث المنبهات التي تتاسبها .

ج : السمات التعبيرية والاتجاهيه :-

السمات التعبيرية هي سمات معينه تؤثر على شكل السلوك أو طونه ولكنها لا تكون واقعيه لدى أغلب الافراد (كما هو الحال بالنسبه للعبول والقيم والغايات البعيده ومن أمثلتها- السيطرة والمنابره وقد يظهر الفرد تلك السمات بصرف النظر عن الهدف الذي يسعى اليه أما السمات الاتجاهيه فهي سمات ذات تأثير محدود في مجالات معينه من مجالات الحياه ، ويعد تصنيفه للسمات يوضح ان السمات ليست مستقله بل متداخله ولا يوجد فاصله بين سمه وأخرى وهذا التداخل يفسر بشكل جزئي انه ليس في الامكان التوصل الى طرق مرضيه تماما لتصنيف السمات ، ورغم ان السمات يتم انتظامها بشكل فريد وفردى يضم عناصر تبدو ومتسقو والذي يعكسه السلوك فلا يعنى ذلك أن أى أو كل خصيه تحقق تكاملا تاما والكبت والتفكك قد يوجدان خلال أى حيااه .
تقسيم السمات عند كاتسل :

أولا : من حيث الشمولييه :

- أ : سمات مصدريه .
- ب : سمات سطحيه .

والسمات المصدريه هي التكوينات الحقيقيه الكامنه خلف السمات السطحيه والتي تساعد على تحديد وتفسير السلوك الانساني والسمات وهي ثابتة وذات أهميه بالغه ويمكن ان تقسم الى سمات تكوينيه وسمات تشكلها البيئه الاولى داخليه وذات أساس وراشى والثانيه تصدر عن البيئه وتشكل بالاحداث التي تجرى في البيئه التي يعيش فيها الفرد .

والسمات السطحية هي تجمعات للظواهر أو الاحداث السلوكيه التي يمكن ملاحظتها
وهي أقل ثباتاً كما أنها مجرد سمات وصفية ومن ثم فهي أقل أهميه من وجهه نظر كاتل بيل
انها الوسيط لظهور السمات المصدريه .

ثانياً : من حيث العمومييه :

أ : سمات عامه .

ب : سمات فريده .

ويتفق كاتل مع البورت في اعتبار أن هناك سمات مشتركة تتسم بها الافراد جميعاً
أو على الأقل جميع الافراد الذين يشتركون في خبرات اجتماعيه معينه وثقافه واحده وهو
يوافق بالاضافه الى ما سبق على ان هناك سمات فريده لا تتوافر الا لدى فرد معين ولا يمكن
أن توجد لدى أى شخص آخر هذه الصوره بالضبط ويمضى خطوه أبعد مقترحاً تقسيم
السمات الفريده الى سمات فريده نسبيا وسمات فريده جوهرياً بحيث تستمد الاولى تفرد ها
من فروق طفيفه في ترتيب العناصر التي تكون السمه في حين يتسم الفرد في الاخير بسمه
مختلفه أصلا ولا يتسم بها أى شخص آخر .

ثالثاً : من حيث النوعيه :

أ: السمات المعرفيه :

(سمات عقليه ، وتتعلق بالفعاليه التي يصل بها الفرد الى الهدف مثل الذكاء والقدرات
والثقافه والمعارف العامه والمهنيه وفكره الفرد عن نفسه ووجهه نظره وادراكه للناس والواقع .

ب : السمات الوجدانيه :

وتتصل باصدار الافعال السلوكيه وهي التي تختص بالاتجاهات العقليه أو بالدافعيه
والعبول أى تتعلق بتهيئه الفرد للسعى نحو بعض الاهداف .

ج : السمات المزاجية :

وتختص بالايقاع والشكل والمثابره وغيرها وهى ما تعرف بالسمات السلوكيه وتتعلق بجوانب تكوينيه للاستجابه كالسرعه أو الطاقه أو الاستجابه الانفعاليه .

تسيم السمات عند جيلفورد :

تسم جيلفورد السمات عامه الى ثلاثه أقسام سمات ومورفولوجيه وفسيلوجييه وسيكولوجيه

ثالثا : العوامل المؤثره فى تكوين :

تتوزع السمات الانفعاليه فى الفرد نتيجه لتفاعل عوامل هامه فى تكوينها وهى :

أ : الوراثة :

من المعلوم ان هناك صفات معينه توجد نتيجه لعوامل وراثيه مثال ذلك خواص الشخص العصائى فيما يتعلق بنواحي القلق الانفعالى له حيث يرجع غالبا الى عوامل وراثيه لها علاقه بالجهاز العصائى والاشخاص الذين يظهرن ويعبرون عن هذه الصفه بدرجته ملحوظه يظهرن علامات مختلفه من عدم التوازن الذاتى والاستجابات الانفعاليه التى ليس من الضرورى ارتباطها بالقلق الانفعالى للعصائى قد يرجع أيضاً لوظيفته وراثيه ثم ان الميل لاعاده الاستجابه نفسها وثباتها للمؤثر البسيط قد يعتمد على حاله الفرد الذاتيه .

ب : الوظيفه الفسيلوجييه :

بجانب العوامل الورااثيه السالفه الذكر المؤثره فى تكوين السمات الانفعاليه توجد أيضا عوامل اخرى هامه مؤثره وهى الوظائف الفسيلوجييه للاعضاء ، فالطفل

الذى يمثل الغذاء يتمو سريعاً وتكون طاقته متزايدة فيكون نماذج من السمات تظل كما هي بعد تغير الحاله الفسيولوجيه الداخليه ، فالغذاء و كيمياء الدم وافرازات الغدد وعوامل أخرى متشابهه كلها تؤثر فى تكوين تلك السمات الانفعاليه ، كذلك يمكن لآى حاله مرضيه عضويه مستمره لمدته طويله تكوين سمه انفعاليه سطحيه والمقصود بالسمه الانفعاليه السطحيه السمه الانفعاليه اتى يسهل التعبير عنها بسهولة وسرعه أثناء تفاعل الفرد مع غيره أو مع موقف حوله وتعتبر تلك السمات وكأنها موجوده فى السطح الخارجى للشخصيه فهى لذلك تتفاعل مباشره مع البيئه حولها وقد سماها " كاتل " بالسمات السطحيه وهناك نوع آخر من السمات الانفعاليه تقع فى مستوى أعمق داخل الشخصيه أى انها تلى السمات السطحيه الى الداخل وهذه السمات لا يسهل التعبير عنها أو اظهارها نتيجة الاحتكاك أو التفاعل مع البيئه أو الموضوعات الخارجيه ولا بد للتعبير عنها خلال السمات السطحيه وليس من السهل تحديد عدد السمات السطحيه أو عدد السمات المصدريه

ج : العوامل البيئيه المستمره:

اثبتت دراسات كثيره ان الانعزال مدته طويله والفقر لدرجه كبيره بسبب كبتا بيولوجيا ، فالطفل الذى يكون منعزلا حتى ولو لبضع سنين فى حياته الاولى ليس من السهل عليه ان يصبح اجتماعيا - واستمرار الشجار والاتجاه العدوانى من البالغين له بدون شك تأثير فى تكوين صفات معينه فى الاطفال وقد قدم (فرد لاندر ١٩٤٥) عده تقارير كدرسه لرجل ذو نقص عقلى وشخصت أعراض المرض وهى عوده كليه الى الطفوله وعدم القدره على عمل شئى مع غباء شديد وتدهور عقلى .

تأثير خبرات النمو :

من المعلوم ان الصفه الخاصه بزيادة ثباتها مع الوقت والصفات المختلفه لتصبح :
هـ : موعه متداخله ومتراطمه بمرور الوقت ومثل هذه الظواهر تساعدنا على فهم هذه الحقيقه .

اختبار المشير :

يعتبر اختبار المشير من الاسس السيكولوجيه الهامه التي لها علاقه باستمرار وتكامل السمات الانفعاليه ومعنى هذا ان الشخص لا يستجيب لكل المواقف التي قد تعرض ولكنه يختار منها الذى يلائم آرائه الحاضره والذى يحبه ويفضله ، مثال ذلك الأشخاص المرحبين يميلون لزياده المرح بينما هؤلاء الميالون للحزن يكونون ميالون بطبيعتهم نحو الكآبئه وعلى ذلك تكون المواقف المبنيه على خبرات ساره أو خبرات غير ساره سابقه مسببه لزياده درجه التوافق والتماثل بين السمات الانفعاليه فى الشخصيه .

٢- النسيان الانتقائى :

مظهر آخر من المظاهر الهامه فى نفس المعنى هو النسيان الانتقائى اذا أن الناس عادة ما ينسون الاشياء والآراء التي لا تطابق تماماً الأحكام السابقه المتكونه ، فمثلا مريض البارانونيا ينسى كل الأفعال الطيبه الساره التي تمر به ولكنه يتذكر بدقه كل الاحداث غير الساره وأنواع السلوك العدوانى ضده .

٣- تغيير الحقائق والاختلاق :

كثيرا ما يحدث ان يغير الشخص الأحداث التي يذكرها لتلائم ما يرغبه وقد يبيع أكثر من ذلك ويخلق أحداثاً ليس لها أساس من الصدق نخلص من ذلك ان الوراثة والموظائف الفسيولوجيه والبيئيه والخبرات التي تقابل الفرد اثناء نموه تساهم جميعها فى عمليه تكوين السمات الانفعاليه فى الشخصيه أى انه يمكن اعتبار السمات الانفعاليه فى الشخصيه محمله لتلك القوى الاربع .

وهناك عدة مراحل يمر بها العالم من اجل الوصول الى مفهوم لخصها (سيد غنيم ١٩٢٨)

فيما يلي

أ : المرحلة الاولى : وفيها تعزى السمه الى الافعال أو السلوك الذى يقون به الفرد وتصرفاته فى عديد من المواقف ومن هذه الملاحظات قد نستدل على وجود بعض الخصائص المشتركة بينها ومن ثم نميل الى وصف هذه الافعال بصفه أو صفات معينه كأن نقول مثلا انه يعمل بحذر أو بثقه أو بسرعه ، ففى المرحلة الاولى من تكوين السمه فعزوا الصفه الى السلوك لا الى الشخص .

ب : المرحلة الثانيه : وفيها تعزى السمه الى الشخص الذى يقوم بالسلوك كأن نقول عنه انه حذر أو واثق أو متسرع ومن الطبيعى ان ينتقل الوصف من السلوك الى الشخص . فالسلوك قد يكون وقتيا وعابرا أما الشخص فهو موجود سواء قبل القيام بالسلوك أو بعده ومن خبرتنا اليومية نلاحظ ان الناس على قدر الثبات فعند رؤيتنا لنوع من السلوك الذى يسلكه الفرد فى هذا الحين نميل الى وصف الفرد بسمه ما حسب الموقف الذى يوجد فيه حقيقته . وقد يخرج الفرد أحيانا على هذه السمه التى نصفه بها ولكن الغالبية العظمى من هـذا السلوك يمكن ان تنطبق عليها هذه السمه .

ج : المرحل الثالثه : تسميه المفهوم أو السمه فبعد ان نقرر ان كانيه وصف الشخص بصفه ما نتيجته ملاحظتنا لسلوكه على فتره طويله من الزمن فاننا نشير الى هذه الصفه كشيء ما ونعطيها اسما فنقول ان هذا الشخص لديه سمه معينه هى سمه الحرص أو التقصير بالنفس أو غيرها من السمات :

هذا وقد وضع البورت ثمانيه تعليقات لتحديد السمه لخصها " سيد غنيم " كما يفسى
١- ان للسمه أكثر من وجود اسمى (يعنى انها عادات على مستوى أكثر تعقيدا .

- ٢- ان السمه أكثر عموميه من العاده (عادات أو أكثر) تتظمان وتتضمن معاً لتكون سمة.
- ٣- أن السمه ديماميه بمعنى أنها تقوم بدور واقعي في كل سلوك .
- ٤- أن وجود السمه يمكن ان يتحدد تجريبياً أو احصائياً وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكرره للفرد في العواقب المختلفه أو في المعالجه الاحصائيه على نحو ما نجد في الدراسات العاطفيه ضد أيرنك وكاتل وغيرهما
- ٥- السمات ليست مستقله بعضها عن بعض ولكنها عاده ترتبط فيما بينها ارتباطاً موجبا .
- ٦- أن سمة الشخصيه اذا نظرنا اليها سكلوجيا قد لا يكون لها نفس الدلاله الخلقيه التي للسمه (فهي قد تتفق) أو لا تتفق والمفهوم الاجتماعي المتعارف عليه لهذه السمه (.
- ٧- أن الافعال والعادات غير المتسق عاده مع سمة ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمه فقد تظهر سمات متناقضه أحياناً لدى الفرد على نحو ما نجد في سمة النظافه أو الاهمال
- ٨- أن سمة ما قد ينظر اليها في ضوء الشخصيه التي تحتويها بالنسبه للمجموع العام من الناس أي ان السماتأما أن تكون فريده أو ما أسماها " البورت " باسم الاستعدادات الشخصيه أو قد تكون عامه ومشاركه بين الناس .

هذا ومعلمه وجود السمات تتأكد من ثلاث حقائق هي :-

١- لشخصيات الافراد درجه مرتفعه من الاتساق فان الشخص ويكشف عن نفس الاستجابات التعويديه خلال عدد كبير من المواقف المتشابهه .

٢- بالنسبه لاي عاده فاننا يمكن أن نجد بين الناس اختلافاً في الدرجه وفي كميّه هذا السلوك

٣- لشخصيات الافراد نوع من الاستقرار فان الشخص الذي يحصل على درجه معينه في أحد

المقاييس هذا العام فانه سيحصل في العاده على درجه مشابهه الى حد ما في العام

التالي .

وتؤدي بنا هذه الحقائق ، الثلاث الى أن ننظر الى سمات الشخصيه كنوع من العادات

العامه فإدركه على ان تستدعي عن طريق عدد كبير من المواقف وان النظر الى الشخصيه في

ضوء السمات يماثل أن يصف طريقه اقتصاديه الاختلافات الجوهرية في السلوك مع اهمـال العادات غير الهامه .

خامسا : كيفيه قياس السمات :

تعتبر مشكله قياس السمات هي مشكله قياس الشخصيه وهناك العديد من الاختبارات التي وضعت لقياسها ونحديدها مع استخدام الاسلوب الاحصائي المناسب من تلك الطرق الاساسيه للقياس .

١- موازين التقديـر :-

يقوم بها محك واحد للشخص يتم اختياره لمعرفة المفحوص أو لانه على درجه عاليه من المهاره في استخدام القياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :

أ : تأثر المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحكم على شخص ما بصـندد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقي بين هاتين السمتين .

ب : الغموض بمعاني السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكن على ثقته تامه وان كل مقدر سيفهم معنى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب

أولا : يفضل استخدام أكثر من محكم (أو مقدر) .

ثانيا : اضافته وصف موجز لكل بند في المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومـنـ مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتية فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تقارن بتقديرات الغير وهي وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخلقيه ووصفها كميـا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

١- موازين التقدير .

ويقوم بها محكم واحد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالمفحوص أو لانه على درجه عاليه من المهاره في استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :-

أ : تأثير المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحك على شخص ما بصدد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقي بين هاتين السمتين .

ب : الغموض بمعاني السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكون على ثقته تامه وأن كسل مقدار سيفهم معهنى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب :

أولاً : يفضل استخدام اكثر من محكم (أو مقدر) .

ثانياً : اضافته وصف موجز لكل بند في المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومن مزاياها أنها محدده وبأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تتأرن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخليقيه ووصفها كميًا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

٢- الاستبيانات .

وتسمى أحياناً " الاستبيانات " أو " الاستفتاءات " وهى أكثر الاختبارات شيوعاً ويتكون الاستبيان النموذجى أو الاختبار الذاتى من سلسله من العبارات أو الجمل يطلب من المفحوص أو المستجيب أن يقول ما اذا كانت كل جملة حقيقيه أو كاذبه عندما تنطبق عليه هو شخصياً ونى النهايه تؤخذ اجاباته على أنها تعميم واسع النطاق وتسهم كل اجابه فى الدرجه الكليه التى يحصل عليها المفحوص على سمه أو اكثر تبعاً لنظام الاستبيان السابق تنظيمه - وكلما زاد عدد العبارات التى تقيس السمه الواحده كلما

كانت الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على درجة أكبر من الثبات ، وبإثبات مدى صدق الاختبار بصورة شاملة على طريق تطبيق مجموعه من مقاييس التقدير لنفس المفحوصين . ومن عيوب الاستبيانات أن محتوى العبارات نادر ما يكون على درجة كافية من الوضوح . ولقد أشار " ادواردز " الى أن كل عبارة في الاستبيان لها عنصر معين من الاستحسان الاجتماعي على نطاق أكبر أو أقل وهذا يقدم الفرصه الكافيه للمفحوص في أن يتظاهروا بأنه فاضل نبيل ولذلك ابتدع اسيكومتريون مقياسا أطلقوا عليه اسم مقياس الكذب ليحموا انفسهم من هذا المصدر للانحياز ويتكون هذا المقياس من عدد من العبارات الانتقديه التي تنتشر بين العبارات الأخرى ويصوره غيره واضحه حتى تصلح كشرک . ويتم استبعاد الحاصلين على درجة عاليه على مقياس الكذب .

ومن عيوب الاستبيانات أنه يشك فيها لاعتمادها على صدق المفحوص ذاته .

١- الاختبار الموضوعي :

وينقسم الاختبار الموضوعي الى نوعين أساسيين هما :
الاختبار السلوكي والاختبار الفسيولوجي ، فالاختبارات الاولى تقيس بعض جوانب الأداء الصريح للمفحوص على مهام تجريبية محدده مثل السرعة - الطاقه - العونه - الاصرار وهكذا بينما المقاييس الأخرى ، تقيس ردود الأفعال الفسيولوجيه على بعض المشيرات الدافعيه . عن طريق تسجيل التغييرات في معدل النبض - ضغط الدم - مقاومه الجلد الكهربيه ، افرازات الغدد ومما يعوق كلا النوعين من الاختبار الموضوعي ليس مجرد استغراتها وقتا طويلا أو لانهما يستلزمان تسهيلات خاصه بالمعامل المجهزه والتدريبيين ، ولكن كلا النوعين ينقصهما الصدق والثبات فالدرجة التي يحصل عليها المفحوص عرضه للتأثير ودرجة كبيره بالاحداث التي يتضمنها

موقف الاختيار وبالتالي فالنتيجة التي نحصل عليها من الاختبارات الموضوعية ضئيلة الأهمية بالقول الى الجهد المطلوب للحصول عليها .

٤- الاختبارات التعبيرية والاسقاطية :

وتعتمد الاختبارات الاولى على افتراض ان الشخصية تتعكس في حركاتها وحالات المزاجية وطريقتنا في العمل والآداء أى السرعة والايماءات وملامح الوجه والمظهر الخارجى والخط وغيرها . وعلى الرغم من ان محاولات التي بذلت لجعلها نوعيه ومعكمه ولكن يعوزها الصدق .

وقامت الاختبارات الاسقاطية على خاصيه ادراكيه وهى أن الموقف الخارجى ان كان غامضا ومهما أو غير واضح فانه يفسح المجال لشتى التأويلات الذاتيه ، فهى اختبارات مقننه تتكون من مواد مبهمه غامضه لفظيه وغير لفظيه ، سمعيه وبصريه - لاستخدام هذه الاختبارات لقياس سمه واحده أو عدده سمات من الشخصية فى جملتها والكشف عن الجوانب اللاشعوريه من الشخصية .

وتشتق الاختبارات الاسقاطيه اساسها المنطقى مما يسعى بديناميات اللاشعور لتظهر التخيلات ومستوى الطموح والاتجاهات ومنها اختبار التات (واختبار بقع الحبر (الوروشاخ) واختبار تداعى المعانى أو تكلمه الجمل الناقصه .

ويؤكد " بلوف " على ضروره استخدام الاختبارات الاسقاطيه بجانب الاختبارات السابقه بقوله " ليس هناك تعارض بين استخدام الاختبارات الاسقاطيه والاختبارات السابقه التى تحاول قياس السمات الفرديه " المتميزه بصوره نوعيه ويجب على مصمم الاختبارات الموضوعيه والسلوكيه استخدام الاختبارات التعبيرية والاسقاطيه .

سادساً : العلاقة بين السمات والعوامل والانماط:

فما سبق لتناولت الباحثه السمات وخصائها وأنواعها وتعريفها فلا داعى للتكرار ولذالك نبدأ بالعوامل :

تعريف العامل :

العامل هو مفهوم رياشى يفسر سيكولوجيا ومستندا من استخدام منهج التحليل العاـملـى لـمـعـامـلات الارتباط بين مجموعـه من المقاييس السلوكيه ويعرف العامل ومعجم ولمان ١٩٧٣ ، (١٣٩) على أنه التأثير الكامن والمسئول عن جزء من الفروق الفرديه لعدد من المظاهر السلوكيه ، ويعرف " صلاح مخيمر " العامل بأنه لافته رياضيه لتكثيف عدد من السمات أنتهت الى العموميه المجرده ابتداءً من التسجيل القياس ولا يفرق بين العوامل والانماط الا من حيث الوسيله فالاولى تعتمد على التحليل العاـملـى والثانيه على ذاتيه الباحث وكلاهما تفكير بلغه الفئات (المنهج الارسطالى) .

وبذلك يتفق رأيه مع وجهه نظر (فيرنون) الذى يعتبر أن العوامل ينظر اليها أساسا على أنها قوائم التصنيف العقلى أو الأداءات السلوكيه أكثر من النظر اليها كوحـدات فى العقل أو الجهاز العصبي وكذلك (انستازى) تذهب الى ان العوامل هي مجرد تصورات احصائيه وهذا يتفق مع رأى (ألبورت) من أنه انتاج رياضى وليس له معنى سيكولوجى .

توصل " جيلفورد " الى ١٣ عاملا أساسيا للشخصيه بعد حساب الارتباطات المتبادله من بنود عديده من استخبارات ويذهب " جيلفورد " الى ان العوامل التى تحصل عليها من التحليل العاـملـى تشمل حقائق سيكولوجيه .

واعتمد " كاتل " كذلك على التحليل العاـملـى ووجه اهتمامه الى تحديد السمات الاساسيه للشخصيه وتوصل الى ١٦ عاملا للشخصيه ، وباجراء التحليل العاـملـى لهذه العوامل الستة عشر من الرتبه الثانيه كشف عن وجود عاملى الانبساط والعصابيه ويمكن ان يقارنا

عوامل "أيزنك" الأساسية والعصبية ولـ "كانتل" وجهه نظر خاصه الى التحليل العاملي على انه ليس منها حياً لتخفيض السمات . بل على أنه وسيله هامه جداً للكشف عن الوحدات السببيه أى السمات الأساسية (المصدريه) التي تكمن خلف تجمعات السمات السطحيه التي ترتبط بصفريات الشخصيه ومن هنا يتضح ان السمات المصدريه (الاساسيه) هي العوامل التي توصل اليها "كانتل" من وجهه نظره .

العوامل عند أيزنك :

تعتبر نظريه أيزنك عامليه لاستخدام التحليل العاملي ولكنه استعار لفظ البعد من الهندسه وهو يحدد نتجه لبحوثه خمس عوامل راقبه عريضه ذات أهميه في وصف الشخصيه وهى :

- ١- الاندساط .
- ٢- العصاسيه .
- ٣- الذهانويه .
- ٤- الذكاء .
- ٥- المحافظه مقابل التندبيه .

البعد :-

تعريفه :

يعتبر تلخيصاً بلغة رياضيه لعدد كسر من أعداد أخرى صغرى وهذه الأبعاد الصغرى ثلث أبعاد ما تكون الى وقائع النشاط النفسى أو مظاهره . ومعنى ذلك ان البعد ما هو الا اطار تنظم داخل مظاهر السلوك في مجموعات متناسكه الى حد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامع الاتفاق في سرعه النضج واتجاهه فهى تزداد معا وتنقص معا وتشتت على قدر معين معاً .

ويعرف "سويف" أبعاد الشخصية بأنها مفاهيم احصائية في طبيعتها تقوم بمتابه خطوط وهميه كخطوط الطول والعرض على الكره الارضيه وليس لها وجود فعلى في الحياه النفسيه كوجود عمليات التفكير أو الحركة . ولكنها مع ذلك مفيده جداً في بناء علينا كقائده خطوط الطول والعرض لتنظيم قسط من معلوماتنا وفي علم النفس الحديث دارت الدراسات حول تحديد الابعاد أو العوامل المختلفه للشخصيه وقد نسميها محاور أو السمات وهى متعدده لمسمى واحد .

ويتكون البعد عند أيزنك من عدد من السمات الاولييه وتستمد السمه اهميتها في اسهامها في التعريف العام للابعاد الكامننه لشخصيه أو طرزها واستخدامها في مزيد من التحديد لتلك الأنماط أو الطرز . والطرز تنظيم للسمات في بنية أكثر عوميه أى ان الطرز تقابل العامل العام والسمه تقابل العامل الطائفي .

المنط :

لم يفرق "احمد راجح" بين الطراز والمنط ، ويعرفه بفته أو صنف من الافراد يشتركون في نفس الصفات العامه وان اختلف بعضهم عن بعض في درجه اتسامهم بهذه الصفات أو هو مجموعه من السمات المترابطه . فالمنط لا يعنى شيئاً أكثر من أن بعض الناس يشبهون أناساً آخرين معينه ، أى ان المنط يحتوى على أكثر مما يوجد في فرد واحد بعينه الأنماط لا توجد في الطبيعه ولكنها توجد في عين الملاحظ الباحث . أى انه مفهوم افتراضى تجريدى نظرى .

والبعض يطلق على المنط "للطراز" ولكن "البورت" يبرز بين السمات والطرز على حسب مقدار اقتراب كل منها من الفرد فمن الممكن القول بأن الفرد يمتلك سمه معينه وليست طرازاً والطرز عباره عن تكوينات نمودجيه يقيّمها الملاحظ ويمكن ان يطابق بينها وبين الفرد ولكن على حساب فقدان لهويته المميزه والسمه يمكن ان تعبر عن تفرد الشخص على حيين يستلزم الطراز احفاء ذلك التفرد . وهكذا فان الطرز تمثل لدى "البورت" تمييزات

مصطنعه ليس لها تشابه وثيق بالواقع . فى حين أن السمات انعكاسات حقيقيه . لما هو موجود .
يونج **ولاً** نمط السيكولوجيه :

يرتبط بحث الانطواء والانبساط " بكارل يونج " وهو لم يبتكر تفسيرات الانبساطيه والانطوائيه ولكنه أخذها من استعمال طبي شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد مند أكثر من مائتى عام كما أنه لم يكن أول من وصف هذه الانواع من المزجه كما يعتقد فهى ترجع الى ابعاد من ذلك وقد نكر يونج فى النعطين نتيجة عمله الطبي مع المرضى العصبيين وهو يرى ان كل فرد يمتلك الميكانيزمين من الانطوائيه والانبساطيه ولكن غلبه أحد الميكانيزمين على الآخر هو الذى يحدد نمط الفرد .

فالنطوى كما يرى " يونج " انسان مشغول بعالمه الداخلى من خيال ونشاط بدنى وهو غير قادر نسبيا على العشاركه الاجتماعيه ويتجه اليه ويعدده الى الداخلى على عكس المنبسط الذى يهتم بالعلاقات الاجتماعيه ويجد فيها اشباعاً لحاجاته الليبيديه .
وقد اضاف " يونج " وظائف اربعه أساسيه هى الاحساس - الشعور - التفكير - الحدس
وتلك تمثل المنابع التى يتلقى منها الفرد سواء عن طريق النظر أو الشعور أو السمع أو التذوق
ومن ثم يستطيع ان يتعامل مع المعلومات الخارجيه والخبرات .

ومن أهم مقترحات يونج لتوضيح الانطواء والانبساط قوله بأن الاشخاص المنبسطين فى حياتهم الشعوريه يكونون انطوائيين فى حياتهم اللاشعوريه والعكس صحيح . ويضيف الى ذلك أن الشخص النطوى مثلا الى جانب وصفه الشعورى أو قل خلف وصفه الشعورى وضع لا شعورى منبسط يعوض آليا جانبه الشعورى الوحيد وهكذا يكون اللاشعور بدسبب ما نرى وظيفه تعويضييه بالنسبه للشعور .

ولقد بنى " يونج " مقياسه للتفريق بين النطوى والمنبسط على متحولين الأول هو الميل

الى العمل الانبساطى المباشر وهو الذى يمكن أن يعتبر هذا النزوع الى التأمل وأحلام اليقظه والتبصر . والمتحول الثانى هو الاهتمام بالاشخاص الآخريين والفاعليه الاجتماعيه .

ويبدو لنا أن المتحولين يستقل احدهما عن الآخر ، ولكن هذا التقييم تعسفى نفسى الامكان الدلاله على أشخاص يميلون الى أحلام اليقظه والتأمل وفى الوقت نفسه مهتمين بالنشاط الاجتماعى كما أنه من المهم أن نعلم أن العلماء والمخترعين يميلون الى الانطواء برغم اهتمامهم الشديد بالاشياء بل قد يكون هناك متحولات متمازجه فى التمييز بين المنبسط والمنطوى .

الانطواء والانبساط :

محور من محاور الشخصيه تنظم به مظاهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تنذب بين الاندفاع والكف وما تعرضه من ميل لدى الشخص الى التعلق بقيم مستمده من العالم الخارجى أو بقيم غير مستمده من العالم الخارجى ويلاحظ ان مضمون هذا العامل عند " ايزنك " يطابق مفهوم الانطواء - الانبساط عند " يونج " ويسمى هذا البعد بالانطواء احيانا وبالانبساط احيانا أخرى نسبة الى هذا الطرف أو ذاك وجدير بالذكر أن هذا المحور لا علاقته له بالعرض النفسى وترجع فى نهايه الأمر الى درجه التثبيته العام السائد فى الانسجه العليا لكل منا .

" ايزنك " ومحور الانبساط - الانطواء

انتهى أيزنك الى أن بعد الانطواء - الانبساط من الابعاد الهامه للشخصيه الانسانيه وقد يحا أن يصنف الفروق الفرديه على طول ذلك البعد أو المتصل الكمي متصل الانبساط الانطواء ويمتد من طرف قضى الى طرف آخر مارا بمنطقه وسطى يكون فيها الناس لا هذا ولا ذاك وتشير المعاده التى تجمعت لديه من التجارب أن أغلب الناس يقعون فى المنطقه المتوسطه .

وصف "أيزنك" المنطوى بأنه أكثر ذابا بينما المنبسط أكثر موضوعيه فالمنطوى يظهر
درجة عالية من النشاط الذاتى بينما المنبسط يظهر درجة عالية من النشاط السلوكى . والمنطوى
يظهر درجة عالية من ضبط النفس بينما المنبسط يظهر ميلا نحو نقص القدره على ضبط ذاته
والمنبسط يحقق النوافق عن طريق التعويض بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق التوكس واللجسوء
الى عالم الخيال والوهم .

وإذا كان "فرويد" قد وصف المنطوى على أنه عصائى فى طور مبكره فقد وجد
"أيزنك" أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط / الانطواء وبعده العصابيه وعلى ذلك
نرى أن "أيزنك" لا يعود الى نظريه الانباط كما قال بها "يونج" بل هو فى الواقع يحاول
التألف بفضل ما وصفه من اختبارات موضوعيه وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل
المعيارى وبين نظريه الانباط ونظريه السمات + ومن جهه يمكن التدرج من أحد طرفى البعد
على الطرف المقابل له ومن جهه أخرى عملا بمبدأ الاتقصاد فى العلم فانه يقلل بقدر الامكان
من عدد السمات أو العوامل لاصطفاً العوامل النقيه غير المتداخلة والتي يمكن تعريفها
تعريفنا اجرائياً .

العلاقه بين الانطواء والانبساط والعيل العصائى :

لقد قبل "يونج" جانبه للاضطرابات النفسيه والتي قسمها الى قسمين : الأول : أطلق
عليه السكاشينيا . والقسم الثانى وأطلق عليه الهستيريا .

ونجد أن الاعراض العصائيه التي تصنف تحت المجموعه الاولى هى حالات القلق والاكتئاب
والخاوف المرضيه والعادات القهره والوساوس . وفى المجموعه الثانيه نجد ضروب من اضطرابات

الشخصيه . كانهراف السلوك وأخطاء الذاكره والعمى الهستيرى وغيرها من الاضطرابات
العضويه الظاهره . وعندما قبل يونج هذا التقسيم اقترح ان المنبسط ينزع الى أن يظهر
الاعراض الهستيريه عندما يعوض ، بينما المنطوى ينزع من مرضه الى السيكانينيا بين ثم كانت

ملاحظه يونج مفده جيداً .

وأوضح " ايزنك " أن العنطوى يعيل فى مرضه الى عصاب من النوع الاول سبما العنطس يعيل فى مرضه الى النوع الثانى من الاضطرابات الهستريه . رغم ان تقسيمات العصاب الى اضطرابات كالحصر والهستريا والمخاوف المرضيه أو مرض الحواز والافعال القهريه والسيكوباتيه لا تزال موصفا للجدل والخلاف وليست التشخيصات المستخدمه فعلا وتعريفاتها محل تساؤل فحبيب بل أيضا قدرة الاطباء النفسيه على تطبيق تلك العناوين بأى طريقه ثابتة .

الانطواء / الانبساط ونظام التشيط الشبكي :

يرجع الاختلاف من فرد لآخر الى الاختلاف الاساسى فى الأجهزه العصبيه أى ترجع الى نظام التشيط الشبكي . وهى طريقه معروفه فى المخ للضبط والتحكم فى الاثارة العائده أو المنتشره للاثارة القشريه فى الكائن تجعله بل وتحافظ عليه فى حاله اتزان - والعنطوى أكثر نشاطا فى نظام التشيط الشبكي بسبب نقص المستوى للاثارة الخارجيه وأعلى من حيث مستوى الاثارة القشريه ولذلك يتطلب مستوى أقل من الاثارة للوصول الى الدرجه القصوى (المثلى) ويتضح من ذلك أن الانطوائى يتجنب تعريض نفسه لعزيب من الاثارات ومبيل للهروب الى نفسه ليجد الامان والهدوء . والانبساط على العكس يشيره النشاط الزائد وسوف يحدث عن اثاره خارجيه ويستمتع بوفره الضوضاء والتفاعل الاجتماعى والاثارة . ونستطيع ان نقر أيضا من تلك النظرية ان الانطوائى يمكن تشريطه بسهولة وانطفاء ذلك التشريط أقل بطئا ولذلك دوره فى عمليه التنشئه الاجتماعيه ، فى الطفوله لكل منهما وهذا يعنى ان الانطوائى ينمو وهو أكثر حذرا ولا يتبع فى الاخطاء والمخالفات أو المحرمات الاجتماعيه ، بينما الانبساطى قل سهولة فى التشريط وينمو مندفعاً ومخاراً ونشطا وعموماً أكثر سبطره .

والعامل الثانى العصائيه أو " الثبات الانفعالى كما يسمى يرتبط بنظريه الجهاز الطرفى ودور المخ معروف ليحكم الحياه الانفعاليه المفرد عن طريق الجهاز العصبى الاوتونونى ، والفرد ذو الجهاز الطرفى غير الثابت له قابليه عاليه للايحاء تحت الظروف المجهده وأكثر قابليه للابماء .

عامل الوراثة والبيئة لتحديد الابعاد الاساسيه عند "أيزنك"

بدأ "أيزنك" دراسته حول أثر كل من البيئة والوراثة في بعد الانبساط / الانطواء والعصابه نحدد اثنين من المفاهيم التي تعد أسيه جدآ في بحوث الوراثة الحديثه وهما : النمط سوراني "و" النمط الظاهري " ويعرف النمط الوراثي بأنه الجبله الوراثيه بينما النمط الظاهري هو نتاج النمط الوراثي والبيئة التي بدأ فيها الفرد .

ويفترض "أيزنك" ان الشخصيه تتكون من عدّه طبقات أو مستويات أو منظمه بطريقه وعسند معظم المستويات الاساسه لوظائف الجهاز العصبي المركزي مع اعتبار ان التوازن بين الاشاره والكف بمثابة مصدر الاختلاف الدائم للووق الفرديه .

أى ان المستوى الاول يمثل الكفر الاستتاره وهو يتحدد بالتأثيرات الوراثيه كلييه . والمستوى الثانى ويتضح به ظواهر التشرط والتبغظ . . . الخ . وهى ظواهر تجريبييه يمكن ملاحظتها ولا تعتمد على الوراثة كله وتعكس التأثيرات السنئه وتوتر فيها بدرجه أقل من السمات .

وفي المستوى الثالث توجد العادات السلوكيه أو السمات مثل الاجتماعيه والاندفاع والانبساط والانطواء والنشاط والسطره وغيرها . وهى التي تستخدم أساسآ لتحديد الانسساط والانطواء . وفي هذا المستوى نتعامل مع الشخصيه من الناحه السلوكيه وهى تتشكل عن طريق امتزاج أو اتحاد العوامل الحيويه للشخصيه (توازن الاستتاره والكف) والتأثيرات البيئيه فالسلوك الملاحظ ذا داله أو وظيفه للتفاعل بين النمط الوراثي وتأثيرات السنئه حيث سؤدى هذا التفاعل الى فروق سلوكيه وصفه ظاهره في الانسساط / الانطواء يمكن قياسه بواسطة المقاييس السلوكيوسه المختلفه وبالاستخبارات .

ثانيا : النظرية السلوكيه : (نظريه المثير والاستجابه) :

وتقول النظرية السلوكيه ان الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكيه جد يده عن طريق عمليه التعليم ويحتفظ بها .

وفد بنيت النظرية السلوكية على اساس من البحوث التجريبيه العمليه بهدف تفسير السلوك الانسانى . ومن أوائل اقطاب هذه النظرية جيمس . وقد ساهم بافلوف اسهاما هاما حين أوضح عليه الاقتران الشرطى وما ينصل بها من عمليات التعزيز والتعميم وقضى واطسون على الذاتيه فى تفسير الظاهرات النفسيه . ووضع ثورنديك قانون الاثر والنتيجه . وجاء بعد ذلك هل . والشخصيه حسب النظرية السلوكيه هى التطبيقات أو الاساليب السلوكيه المتعلمه الثابته نسبيا التى تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويحتل مفهوم " العاده " مركزا أساسيا فى النظرية السلوكيه باعتبار ان العاده مفهوم يعبر عن رابطة بين المشير والاستجابه واهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التى تؤدى الى تكوين العادات والى انحلالها واحلال أخرى محلها . والعاده عند اصحاب هذه النظرية هى تكوين مؤقت وليست تكوينا دائما نسبيا . كما أن العادات متعلمه ومكتسبه وليست موروثه . وعلى هذا فان بناء الشخصيه يمكن ان يتعد دل ويغير .

وأبرزت النظرية أهميه الدافع أو الباعث ، وهو مشير قوى بدرجه كافيه لدفع الفرد وتحريكه الى السلوك . ومن الدافع ما هو اولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجيه مثل الجوع والعطش والجنس والالم ، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجه الى الامن والانتماء الى جماعه الخ .

وتحدث د ولارد ومبلر عن عدة مفاهيم فى عمليه التعلم وهى : المشير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابه . وتتناولا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعوريه . وبذلك يكونان قد زوجا بين نظريه هل فى التعلم وبين نظريه التحليل النفسى .

" الشخصية والمرض "

مقدمه :-

في مواجهه وجود التقدم في المستوى العصبى الفسيولوجى ظهرت الدراسات العلميه الميكولوجيه والشخصيه كنظره سطحيه تنتاج عدد كبير من النتائج الموجهه وبتحليل الدراسات سواء الموجهه أو العالیه منها فنجد ان الصوره مختلفه . ثم البرهيه وايجاد الادله على ان بعض الدراسات المبكره في هذا الميدان عانت من الانتشار والتحمس الزائد للتعميم .

وبمجرد المحاولة لتطبيق النتائج على العينات الممثله ظهر المنحى الاعتدالى الذى ساعد على تحديد التفاصيل المبسطه المبكره وتم ايضاً تحديد عمليه المجانسه من العينات فى المتغيرات التاليه العمر - الجنس - الذكاء - التعليم - فتره المرض - المستوى الاجتماعى والاقتصادى والمتغيرات الحضاريه التى انبثقت بنسبه عاليه فى التعقيدات الرمزيه العمليه الخاصه بالمرض . وفى الخصائص الاتجاهيه المتصوره كوظيفته لهذه المتغيرات . وفى النهايه اتضح الاختلافات المنهجيه لتحديد نمط الاستنتاجات التى من الممكن استنتاجها بأمانه من المعطيات مثل المقابله الشخصيه المتعمقه وقوائم الشخصيه التى تعتبر سطحيه فى تناولها ولذلك سوف تعطى صورته مختلفه ومنعكسه للشخصيته وخصوصاً فى العمليه الخاصه بالمرض .

(١) شخصيه المرض بالقرحه :-

بينما تمثل الصورة الاصله للشخصيه لعريض القرحه بأنها سلبه واتكاليه الا ان هناك نمط آخر لهذه الشخصيه بوصفها عدوانيه . نشيطه . وكلا النمطين ممكن الاقتناع به في نفس الوقت وانهما صادقين بالرجوع الى بناميات الشخصيه غير المباشره (اللاشعوريه) ومع الصراعات الاساسيه التي يعيها الافراد المتمركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فنمط من المرضى حصل على الحاجات الاتكاليه . بينما النمط الآخر لحآ الى التعويضى الزائد . وبذلك يمكن اعتبار ان نمط الشخصيه القرحيه هي السلبيه الاتكاليه .

ولقد وجد كل من (رولين - بومان Rulim & Boueman) باستخدام رسنام المخ الكهربائى (E E J) ان المرضى بالقرحه تميزوا بنموجين من الفلما والمجموعه التي تميزت بتكرار اقل للألفا تمثل اكثر من تمخرج العدوانيه ومستقله بينفنا المجموعه التي تميزت بتكرار أكثر للألفا اعطاء صوره بأنها سلبيه وشخصيه اتكاليه وغير مستقله .

كما حدد (كاربوس وآخرون Karusetal) نمطين من المرض بقرحه القولون

(١) مجموعه نشيطه ومنضبطه واكثر استقلاليه .

(٢) مجموعه سلبيه غير نشيطه ويروا انفسهم دائما كضحايا للأخرين .

وتعتبر قرحه المعده ضمن مجموعه الامراض غير معروفه السبب والعسبب المرضى مشتلا على

القرح العروى للثشاء المخاطى الهضمى السطن للمرى أو المعده أو الامعاء . والمجموعتى
الرئسيتان للقرحة المعده هى القرح الهضمه منتظه على قرحه المرى والاشى عشر
ومدمومه أخرى للقرح الحاده للحهاز الهضمى العلوى ومن الممكن تمييزها عن قرحه المعده
المتقدمه والحاده أو القرح المولمه .

وباستخدام المنظار الداخلى للقرح الحاده اتضح أن كثير منهم معوى وهضمى مشتتلا
على الالتهاامات الهضمه والمعويه . .

وعلى الرغم من التناقض والتضاد فى نتائج الدراسات الا ان هناك دليل على اعتبار
القرح المعديه والمعويه تمثل مختلف الامراض . وتحدث قرح الامعاء فى مزحله اكثر تكبيرا
من القرح الهضمه فى العقد الرابع والخامس وتزداد نسبة الحدوث فى الطبقات الدنيا
وفى النساء ولها خطوط مستقله ومختلفه للانتقال الجينى ويوجد فروق بين حدوث القرح
فى اجزاء مختلفه من الحهاز الهضمى على سسل المثال الجزء الامامى أو البدائى
للمعدّه أكثر ما هو شائع مع قرح بدايه انتفاخ الاشى عشر عنه مع قرح قـاع
المعدّه . مثل هذا التماسن يساعد على التوصل الى نتائج وتوصيات فى ابـحـاث
القرح ويساهم فى حل كثير من المشاكل . وأجريت كثير من الدراسات على انتشار
وتوزع مرض قرحه المعده فى الولايات المتحده الامريكيه والمملكه المتحده
(١٩٥٠ - ١٩٦٠) وتعتبر احماثيات نوعه الا انها أوضحت ان المعلات مختلفه

بالتنبه للحسنه نسبة الحدوث بين السيدات مرتفعه عنه لدى الرجال

وحيثا وجد انها تزيد بين الرجال وبعض الابحاث الاكثر حداشه اوضحت بدايه زياده النسبه قليلا بين السيدات وآراء آخرون حول تعادلها .

٣- شخصيه مرض الربو والحساسيه :

يوجد تناقض فى الدراسات الخاصه بشخصيه مرضى الربو والحساسيه وربما يرجع ذلك لاعتبار حالات الحساسيه ضمن زمله الامراض النفسجديه ووجدت (بلسوك Block ١٩٦٤) فروق داله كليلنيكيا بين مجموعه الاطفال المصابين بالربو ومجموعه الاطفال المصابين بالحساسيه .

فالاطفال الحاصلين على درجات منخفضه على اختبارات الحساسيه يظهروا دلالة أكثر للعوامل السيكلوجيه المنشأ فى ادراك الربو عند الاطفال الذين يحصلوا على درجات عاليه . وان كل من (فريمان - وجاكوبس ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) هذه النتائج مع الراشدين فوجدوا ان الافراد أو الذين سجلوا استجابته للحساسيه بدرجه أكثر سويه والافراد الاقل استجابته للحساسيه يبدو

- ووجد (كساب Kmapp ١٩٧١) ان المصابين بالربو لديهم زمله اعراض القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب والخزى . والاندفاعات العداوانيه كلها شم كنها .

٤ - شخصيه مرضى سرطان الثدي :

أجريت كثير من الدراسات حول خصائص الشخصيه لدى السيدات المصابات بسرطان

الشدى . ولكن اغلبيه تلك الدراسات تركز على الشخصيه بعد اكتشاف الاصابه وممن هذه الدراسات دراسه اتوماس ، فرانسيس ، (١٩٢٨) على (١٨٢ سيده منها ٣٢ مصابه) بالسرطان ، (١٥٠) غير مصابه وباستخدام قائمه (ايزيك للشخصيه) واستخبار الحاجات النفسيه لجونسون) وتم تطبيق المقياسين بعد اجراء العمليات الجراحيه ومبره اخرى قبل اجرائها . فأظهرت النتائج ان النساء المصابات بسرطان الشدى كن مكتئبات بالمقارنه بالمجموعه المصابه بأورام حميده . وظل الاكتئاب لفته طويله كما وضع ان الاكتئاب مرتبط بأسلوب حياتهم وتقديرهم لذويهم وظهور بينهم خصائص اخرى فى حياتهم وهى نقص فى الموده والعلاقات الاسريه الطبيعيه والالفه . وهذه المجموعه ايضا لا تتوقع الحب أو التفاهم من المحيطين بهن .

شخصيه مرضى القلب

تعددت الدراسات حول مرضى القلب والعنايه بهم وتأهيلهم ودراسه أسرهم ودور هذه الاسر ومدى تأثيرها على الطله النفسيه للمريض وكذلك دراسه بعض الامراض النفسيه الناتجه عن المرض وشخصياتهم واتجاهاتهم . بل اكثر من ذلك ظهرت اتجاهات جديده لا مكانيه تطبيق كل من الغذيه المرتده والتشريط الاجرائى فى التحكم فى اداء القلب وان كان الاتجاه الاخير يهتم بالمرضى التاجين ومرضى الاريشماس (عدم اتساق ضربات القلب) العصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسى (Essential Hypertension) ومازال نتائجه غير محدد .

دراسه (روهم وآخرون Rohmer, el al ١٩٢٠) فى جامعه ستراسبورج
(بفرنسا)

الموضوع : رسم المنح الكهربائى لمرضى القلب اثناء النوم .

الهدف : توضيح اثر منى القلب على رسم المنح اثناء النوم الليلى التلقائى .

العينه : ٣٢ حاله تعاني منى خالعدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر أو الصمامات أو من

المصابين بخليط من الاعراض المرضيه القلبيه وعمر العينه اكثر من ٣٠ عاما .

الادوات : جهاز رسم المنح الكهربائى مع حساب دورات النوم (مراحل) .

حاولت هذه الدراسه ايجاد ارتباط بين كل من :-

(١) نوع العرض وعمر العينه .

(٢) مده النوم - التأخير فى الاستغراق فى النوم - اختلاف مراحل النوم - ساعات النوم

المسروق - النوم المتميز بموجات بطيئه .

النتائج : أوضحت الدراسه ان نوم العينه المختاره من مرضى القلب تختلف عن العينه من

الاصحاء فى طريقه البدايه فى النوم ومدته التغير فى مراحل النوم الليلى التلقائى

وتأثير العمر محدود فهو يقلل من بطأ النوم - يقصر من مراحل النوم .

وظهرت الاضطرابات اكثر وضوحاً فى مرضى القلب سواء فى رسم المنح أو فى التواصل

والانتظام فى النوم ومراحله ووضحت اكثر فى مرضى اختلالات الصمامات . ثم

المرضى بعدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر عن الحالات المصابه بأعراض

مرضيه قلبيه أخرى .

وهذه الدراسة وان اهتمت بجانب هام بالنسبة لمرضى القلب وهو رسم المنح اثناء النوم الا انها توضح تأثيره أو ارتباطه بسلوك المرضى وحاجاتهم .

ولقد اظهرت هذه الدراسة نتيجة هامه وهى ان اصابه صمامات القلب لها تأثير على رسم المنح اثناء النوم لتلك المجموعه بالذات وتعتبر اهم المضاعفات الناتجه عن الاصابه بالحمى الروماتيزيه .

دراسه ماكهاالوفا Makhalilova, I.A ١٩٧٠ فى المركز الطبى للتدريب

"بموسكو"

الهدف : محاوله لاقامه ارتباط بين اصابه تلب الام وحاله الجهاز العصبى للوليد .

العينه : ٢٢ طفل حديثى الولاده من أمهات مصابات بالقلب (٢٦ مصابه بروماتيزم

القلب، ٧ مصابات بعرض وراثى الأصل) .

النتائج : بتتبع هؤلاء الاطفال . فقد ظل منهم ٢١ طفل على قيد الحياه أو ظهر

أربعة منهم إصابات جينيه (Embriopathy) واثشاء

فترة الحمل وظهرت بعد الولاده . (١١) منهم ظهرت لديهم اضطرابات

فى الجهاز العصبى المركزى فى الايام الاولى بعد الولاده وتم استكمال الدراسه

بتتبع حاله ٩٨ طفلا حديثى الولاده لمدته سنه من أمهات كلهن مصابات

بروماتيزم القلب واستنتجت الدراسه وجود مجموعه من التغيرات الاساسيه فى

الجهاز العصبى المركزى فى ٦٣ طفلا من بين الاطفال . كما حدث للبعض

الآخر تغيرات متمايظه فى الجهاز العصبى وقد ارجعت الاسباب الى نزيف داخل الجمجمه اثناء الولاده كما وضع على ٢٣ طفلا من بين الاطفال تأثيرات واضحه فى الجهاز العصبى المركزى بعد فتره من الولاده .

ولم توضح هذه الدراره (وان تناولت تأثير الاصابه للام " مرضها بمرض روماتيزم القلب " على الجهاز العصبى للجنسين) نوع هذه التأثيرات ومداهها . ولو انها اوضحت مدى خطوره المرض وربما يرجع النزيف داخل الجمجمه او اصابه الجهاز العصبى المركزى الى ضعف الام . وحالتها الصحيه السيئه بغض النظر عن ان الاصابه بروماتيزم القلب هى السبب اولا وكان على الباحث ان يعقد مقارنه بين امثالهم من الامهات المصابات بامراض اخرى للتأكد من النتيجة حتى يتسنى له تفسيرها .

وهذه الدراره وان لم تتعرض للجانب النفسى وشخصيه المصابات واطفالهن الا انها أظهرت مدى خطوره المرض بالنسبه للفتيات ونظرتهم للمستقبل باعتبار ان المرض عائق للتوافق فى الزواج والانجاب .

دراره لويس بيشوب وفيليب ريكارت Bishop, Louis F. & Reichert
بمستشفى برناباس بنيويورك .

الموضوع : العلاقه بين القلق والاريشماس (عدم اتساق نبضات القلب) .

الهدف : دراره للاسباب الطبيعيه (العضويه) والانفعاليه للاريشماس وتأثيرها على حالات القلق .

العينه : عدد من الحالات المصابه بالاريتماس بالا ضافه الى حالات خطره أخرى من المصابين بارتعاش البطنين (Ventricular Fibrillation) وتم دراسه هذه الحالات لمعرفة اثر الحاله الانفعاليه على اضطراب نبضات القلب بقياس القلق لديهم وكذلك الحالات المصابه بارتعاش البطنين .

النتيجه : أوضحت الدراسه ان الاسباب العضويه ليست هي المسئول الوحيد عن الاصابه باضطراب فى نبض القلب بل للحاله الانفعاليه تأثير على نبض القلب . أى أن تزامن القلق لدى الشخص يؤدي الى هذا الاضطراب . كما أوضحت الدراسه ان اضطراب نبضات القلب يؤدي الى القلق . وكان على الباحث فى هذه الدراسه ان يقسم العينه تبعاً لنوع المرض الى مجموعتين لتحرى الدقه فى النتائج ولن توضح الدراسه الادوات المستخدمه والضبط التجريبي كما ان قيام الباحث بقياس القلق وحده ليس كافياً للالمام بشتى الجوانب الانفعاليه التى تسبب اضطراب نبضات القلب .

وان كانت هذه الدراسه قد تناولت الجانب العضوى والانفعالى فى تفاعلها الا انها ركزت على الجانب الانفعالى كسابق للاصابه العضويه .

دراسه ليون ، كيش وادوارد (Lyon , Keich, & Edward) ١٩٢٥

جامعه مدغشقر

الموضوع : الاسره كمصدر بيئى : دراسه لمقارنه المضطربين عقليا من مرض القلب والاسوياء من الاطفال والاباء .

الهدف: ١- تحديد الاختلافات في دعائم التكوين الاسرى بين اسر المضطربين والمرضى والاصحاء أى تقدير الذات (الفرديه) للطفل لكلا الابوين وخصوصاً مرضى القلب .

٢- دراسات الحاجات الاساسيه للطفل المصاب التى تساعده على تحمل ضغوط المرض .

العينه: تتكون من ١- مجموعه من الاطفال المصابين باضطراب عقلى .

(Mentally Disturbed) خفيف ويظهر على هيئة اعراض اوليه بسيطه .

٢- مجموعه من الاطفال المصابين بأمراض قلبية خطيره وتحتاج الى الفحص والعنايه الكلينيكيه .

٣- مجموعه من الاطفال الاصحاء وتم جمعهم من المدارس .

الادوات : اختبار موضوعى (موقفى) حيث طلب من الأطفال اداء بعض المهام أو التفكير فى حل مشكله لده ١٥ دقيقه فى وجود الآباء كل على انفراد مع تقدير مدى لاحتياج الطفل للمساعده ومدى تقبله لها أو نبذها لها ومثابرتنه وطلب من الآباء تعليم قطعه من الشعر مثلا لده ١٥ دقيقه أخرى لاطهار طرفى العلاقه بين الآباء والأبناء .

النتائج : تم مقارنة المجموعات فى أزواج .

١- اختلفت مجموعه الاضطراب العقلى عن الاصحاء بعدم تأكيد الآباء للقيمه الذاتيه

الفرديه لهؤلاء الاطفال وتأكيد الامهات للقيمه الذاتيه لهم .

٢- اختلفت مجموعه مرضى القلب عن الاصحاء بعدم تأكيد كل من الآباء والامهات للقيمه

الذاتيه لهؤلاء الاطفال العرضى .

ما سبق يتضح الصراع بين تأثير الآباء والامهات مما يزيد التناقض الوجدانى ولا يعطى

أساسا ثابتا لتكوين مفاهيم الطفل عن ذاته وعن الآخرين كما يظهر عند الاطفال

المصابين بالقلب بصورة واضحه فى ميلهم الى الهرب من الضغوط النفسيه ويتناقض

ذلك ما يظهرونه من التمتع بامتيازات نظرا لظروفهم الصحيه . وهناك عدده ملاحظات

على هذه الدراسه .

أولا : ان احد اهدافها هو تحديد الحاجات الأساسية للطفل المصاب ولم يظهر ذلك

فى استخدام الادوات أو النتيجة التى توصل اليها الباحث .

ثانيا : ركزت الدراسه على الجانب الاجتماعى للاسره كمدعم للطفل ولم تظهر الاثر

النفسى على شخصيه الطفل واعتمدت على الاختيار الموقفى وحده وهذا لا يكفى لتوضيح

تقدير الذات ولا يمكن عن طريقه تقدير حاجات الطفل . كما اعتمدت الدراسه فى تقدير

الذات على وجهه نظر الآباء والامهات من وجهه نظر الاطفال .

ثالثا : لم تتم مجانيسه العينات التلاق ما امكن حتى يتم الامساك بالعوامل المسئوله

عن التنكيل من قبه الذات لدى كل مجموعه ويزداد تهيبا

رابعاً : كفيه مقارنة الاطفال المصابين باضطرابات عقلية مع كل من مجموعه مرضى القلب والاصحاء .

وكان على الباحث لكى يلم بدراسة الاسره كدعم اساسى فى حياه الطفل واظهار دور الالباء ان يقوم بدراسة سمات شخصيه الاطفال وآبائهم وخصوصاً المجموعه المرضيه نظرا لما تعانیه من ضغوط وتحريمات .

خامساً : هذه الدراسة وان تناولت مجموعه الاطفال المرضى بالقلب الا انها لم توضح اصابتهم بروماتيزم القلب أى العرض خلقى وكذلك لم تلم بأنماط وسمات شخصياتهم .

دراسة تايلكا وجان (Tylka , Jan) ١٩٧٦ بمعهد القلب

بوارسو فى بولاندا

الموضوع : تحديد الفروق فى سمات الشخصيه بين مرضى هبوط القلب وفق حده المرض .
الهدف : تحديد سمات الشخصيه لمرضى هبوط القلب وربطها بدرجة شدة المرض بين كل من النساء والرجال .

العينه : تتكون من ٢٩٣ رجل ، ١٩٣ سيده بهبوط القلب .

الادوات : اختبار (Adjective cheek list) لتقدير القدرات

واختبار تايلور للقلق . وتم تقدير وقياس السمات الآتية باستخبار للشخصيه .

العدوانيه - الاتجاه الدفاعى - الضبط الذاتى - الاستقلال - الشعور بالنقص

الرغبه فى التغيير - التهور .

- النتائج : لم توجد فروق ذات دلالة احصائية بين النساء في القدره على فهم انفسهن وفهم الآخريات كذلك لم تظهر فروق داله فى حاجتهن الى الاستقلال والتغيير والشعور بالنقص وظهرت لديهم حاجه للمساعدة ووجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الرجال فى الاتجاه الدفاعى - الضبط الذاتى - العدوانيه - المتابره .
- الافراد العصابون بهبوط شديد فى القلب أكثر ضيقاً وتبرما وانفعالاتهم تنصف بالعدوانيه والتهور وهم اكثر اهتماماً بأنفسهم .
- ويظهر من هذه الدراسه ان الباحثه وضعت الإنبعاء فى مقابل الرجال فى السمات المختلفه كنوع من المقارنه وان كان ذلك ليس من أهداف هذه الدراسه بل الهدف هو تحديد مستويات شده المرض ثم ربطها بالسمات عند كل من الجنسين ولم تضع تفسيراً واضحاً لهذه النتيجة التى أظهرت التأثير السلمى للمرض على الرجال أكثر منه عند النساء .
- وكان يجب على الباحثه ان تتارن مجموعه المرضى بمجموعه اصحاء خاليه من ايه امراض عضويه لتحرى الدقه فيما تتوصل اليه من نتائج .
- وتتميز هذه الدراسه باشتغالها على سمات انفعاليه عنيده فى الشخصيه ولكن يعوزها دراسه لبعض الحالات دراسه كينيكيه لتدعيم الدراسه التجريبيه .
- دراسه (صت ماده هاوماكينا Seth. Madha & Saksena ١٩٧٧) فى الهند
- الموضوع: شخصيه المرضى (بالسرطان - مرض القلب - الدرن - وأمراض أقل خطوره)
- الهدف : مقارنه عوامل الشخصيه لدى هولاء المرضى باستخدام اختبار كاتل (١٦ عامل)
- الترجمه الهنديه له .

العينه: تتكون من (٤٠٠) من المرضى بالسرطان ومرضى القلب ومرضى الدرن وبعض الامراض الأقل خطوره وتم مجانستهم مع ٤٠٠ من الأصحاء فى السن والجنس والمستوى التعليمى والحاله الاجتماعيه والاقتصاديه .

الادوات: اختبار كاتل لعوامل الشخصيه (١٦ عامل) بعد تنقيه وترجمته على البيئه الهنديه وتم تقسيمه الى اربعه عوامل أخرى أعلى رتبه بعد اجراء التحليلات الرياضيه والأربعه عوامل الأساسية هى :

(١) التوافق - القلق (٢) الانطواء - الانبساط

(٣) الاتزان الانفعالى - عدم الاتزان الانفعالى (٤) الخضوع - الاستقلال .

النتائج : ١- اظهرت مجموعه مرضى السرطان اختلافاً ذا دلالة عن المجموعه الضابطه فى كل من العوامل ١ ، ٢ ، ٣ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٤ .
(٢) اختلفت مجموعه مرضى القلب عن المجموعه الضابطه فى العوامل ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه .

(٣) اختلفت مجموعه مرضى الدرن فى العوامل ١ ، ٢ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٣ .

(٤) المجموعه المصابه بالامراض العضويه اقل خطوره لم تختلف اختلافاً ذا دلالة فى العوامل الاربعه للشخصيه .

الشخصيه التاجيه : Coronary Personality

قام (ماركون وبارسون ١٩٦٨) بمراجعته الكتابات الخاصه بالشخصيه التاجيه منذ ١٩٣٥ وحتى عام ١٩٦٧ فلم يجدوا تماسك محدد للخصائص التي تميز الشخصيه التاجيه بالذات فللتنافس القوى والرغبه الملحه للمعرفه والتقدم و الانجاز والميل الى المهمن والهويات المعقده .

ولم يجد كل من (فريدمان وريشان ١٩٦٣) تماسك للصراعات الاساسيه التي تخص الشخصيه التاجيه . فعلى سبيل المثال تم كتب العيول العدوانييه الشديده وتتاقض نتائج الدراسات التجريبيه مع الكينيكيه .

ودراسه اخرى عن التنبؤ بنتائج القلق والاكتئاب بين العرضى التاجين باستخدام طريقه ماركوف للتحليل قام بها (بروس ورد دا ١٩٧١) وتعتمد طريقه (ماركوف) على مقولسه تعنى انه لا توجد عمليه تفسير فى العالم لا تعتمد على غيرها وعلى هذا فان الطريقه تمدنا بوسائل احصائيه للتنبؤ بمستقبل الظاهره بمعرفه طريقه سلوكها الحالى بدون الحاجه الى أخذ تاريخها القديم فى الاعتبار واحتمالات التغير من حاله الى اخرى تعتبر ماده انتقاليه وحمل تنظيميه أم فسير منتظمه مستقره أم لا . ونقد يبر احتمالات التغير فى الظاهره ومداه الزمنى ومتوسط الزمن المطلوب لاجداث التفسير ويمكن الحصول عليه بدون الاعتماد على الوقت الحقيقى للتجربه .

واستخدام هذا الاسلوب للتنبؤ بالتغيرات ل سرطان الشدى ودرجته أو شدة النوم فى ظروف تجريبية مختلفه ، الصفات الوراثيه . وبالنسبه لرجال البحث فى

فى النواحى السىكولوجيه فاستخدم لتتبع القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور فى الاوعيه الدمويه القليه حيث تزيد درجه الاكتئاب والقلق مع زياده شده المرض . وخاصه عند ازمان تلك الحالات .

وتت هذه الدراسه على (٧٧) رجل منهم (٣١) مرضى تاجيين ، (٤٦) اصحاء وتم مجانسه الحالات المرضيه والاصحاء من حيث الجنس والسن والسلاله والمسمى والمستوى التعليمى وبقدر الامكان من حيث الطول والوزن وهذه الحالات تكون جزء من مجموعته أكبر من (١٠٩) متطوع شاركوا فى هذه الدراسه لمدته (٧) سنوات . وتوفى منهم (١٧) حاله اثناء البحث ، (١٥) حاله من الاناث لم يكملوا الاجراءات . وتم جمع الحالات من العيادات وأقسام المستشفيات الجامعيه فى (أوكلاهوما) وتم الفحص المعلى والكلينيكي فى فتره من (٦ - ٨) اسابيع وأهميه القلق فى المراحل الاولى من الاصابه التاجيه فتم تقدير القلق باستخدام اختبار (بندنج) وأمكن التمييز بين المرضى والاصحاء من خلال عشر بنود وهى :

- ١- لا استطيع الاستيقاظ بسهولة
- ٢- اشعر بعدم الارتياح والتوتر
- ٣- افقد صبرى بسهولة
- ٤- دائماً على عجل فى اداء المهام .
- ٥- لست فرداً قوياً فى مواجهه الصعاب
- ٦- اصبح عصبياً اذا جلست لمدته طويله .
- ٧- دائماً قلق على شئ ما
- ٨- اشعر بأننى دائماً اقابل اشياء مميته
- ٩- اشعر بالتوتر عند القيام بعمل ما وبعده
- ١٠- اشعر انى اوقع نفسى طيله الوقت للحصول على اشياء بسرعه .

وتتراوح الدرجة ما بين (صفر - ١٠) درجات .

* ورغم تقدير الأكتئاب باختبار (ويلش We lsh) وتتكون من (٢٤) بند ولكن في المراحل الأولى لا جراء الاختبار ظهر ان (١٥) بنداً منها ميزت بين اعراض الاصحاء وهمسى :-

- ١- اشعر بعدم فائدتى
 - ٢- اشعر بالعنف بدون سبب
 - ٣- عندى شهيه للأكل
 - ٤- اشعر ان الآخرين يمكن ان يصبحوا افضل منى
 - ٥- اعانى من اضطرابات النوم ليلا
 - ٦- لا افكر فى نفسى كثير.
 - ٧- تظهر كل ايامى دائماً متشابهه
 - ٨- تظهر الحياه مملّة وفاتره بالنسبه لى
 - ٩- انكر فى حياتى واتعجب احياناً لماذا وجدت
 - ١١- انا لست دائماً مملاً
 - ١٠- اشعر كأننى اسقط فى المستقبلات
 - ١٢- اشعر بأننى متعصب عند
 - الاستيقاظ فى الصباح
 - ١٣- لا افضل الاهتمام بنفسى كثيراً
 - ١٤- اشعر بخيبه الامل نحو المستقبل
 - ١٥- اشعر انه ليس لى طاقه لعمل أى شىء .
- والدرجة تتراوح ما بين (صفر - ١٥) .

شخصيه مرضى الصداع :

يعتبر الصداع مرض شائع جداً . وغالبا ما يحدث بسبب الصراع الانفعالى وبوجود انماط عديده من الصداع ولا تعتبر كلها أمراض وينقسم الصداع حسب نشأته الى الانعكاس العضلى العصبى . الصداع النصفى - الحساسيه وحدوثه عن طريق الاجهاز الزائد أو زياده الضغط داخل الدماغ (الرأس) أو ينقسم تبعاً لنمط الالم الذى يعانى به المريض ومناطق توزيعه (نبض أو ضفقتان) واندفاع نجائى أو انفجارى أو منقطع أو مستمر أو جبهى فى مؤخره الرأس فى كلا الجانبين أو احد الجانبين ويوجد تصنيفات عديده للصداع ومن اشهرها التصنيفين الاتيين :

أولا : تصنيف (دولمان)

Conversation headache

١- الصداع التحولى

تعتبر بعض أنواع الصداع ذات المنشأ الانفعالى تحويله الأعراض وهستريه والستى تنتج عن العدائيه المكبوتة أو الاندفاعات الجنسيه وتأخذ معنى رمزى يخلص المريض ولا يوجد أى تغيير فسيولوجى فى ردود الفعل التحويليه وهذه من الصعب تحديدها وقد سجلها التحليل النفسى لعدد من الحالات .

Migraite headache

٢- الصداع النصفى

حدد الصداع النصفى تحديداً كـلينيكيا جيد بالنسبه الى الجانب الفسيولوجى

والاعراض المرضيه بالرغم من ان أصل نشأتها ما زال يحمل الكثير من الخفايا . وتتميز بطبيعتها الدوريه . والاضطرابات الاولييه أو علامات العرض ومنها صعوبات فى الكلام وألم جانبي فى الحالات العاديه . وترتبط بمخاوف ذاتيه ، وتتميز النوبات غالبا بالقسى الذى يتبعه عادة حاله (euphoricstate) أى حاله من النشاط والخفه . والميكانيزم الفسيولوجى للألم شرح على اساس انبساط وتعدد الوعاء الشرياني الدماعى والجمعى كنتيجه لاتساع الاوعيه الدمويه وتبين هذه التوضيحات كيف يعطى هذا العرض مضاعفاته مثل هذه الاثاره المفاجئه من نوبات المرض بسبب تأثيراتهم الانقباضيه ونوبه الصداع النصفى الحقيقيه (الألم على الرغم من انها تسبق بمرحله بدايهه للا نقباض الا انها تنتج الانذارات الاولي أو العلامات للعرض .

- اعتبر " وولف (Wolff) الانبساط هو تعويض زائد للانقباض . ووجد مع مساعديه (١٩٥٢) الدليل التجريبي على وجود العامل المركزى أو العوامل الفعاله من خلال الصداع النصفى التى تدمر النسيج والتى تخفض بدايهه عند الألم .

- وافترض داليسين (Dalessis ، ١٩٦٢) ان مرحله الصداع النصفى تنتج عن المراكز المحركه للاوعيه الدمويه المركزيه غير المستقره التى تنشأ كجزء للنموذج غير المناسب المتعلم للاستجابه . وهذا الاضطراب فى وظائف المراكز المحركه للاوعيه الدمويه ترتبط مع زيادهه تشييط الوعاء الجمعى والذى يميز نوبه الصداع النصفى تنتج النوبه الوقائيه (للمشير جيد Methysergide) بنأثيره على

وظائف المراكز المحركة للأوعية الدموية وكيفية الاستجابات الانقباضية للأوعية الدموية
الجمعيه ولأمينات الكاتيكول catecholamines داخلية المنشأ
وخارجية أيضاً ونشاط (الانتسروتونين) ربما هو المسئول عن قدرته على تطويق
(اضماد) وظائف المراكز المحركة للأوعية الدموية المركزيه والدليل السابق
عن دور المراكز المنظمه والمحركة للأوعية المركزيه والسيرتونين فى الصداع النصفى
جمعها (آيوت ١٩٦٢٠ Abbot) والتي سجلها عن (٢٧٢) مريض
بصداع لتكرر بشده وتعاطى (ميسر جيد) وقائى لعدده اكثر من سنتين - وكان
عديم القيمة فى الصداع العضلى العصبى بينما تأثير الميسر جيد واضح فى الصداع
النصفى المتقدم وليس له تأثير على الاشكال الأخرى من الصداع وواضح ان الميسر
جيد يوشر فى منع الصداع النصفى والحماسيه واى نوع آخر من انماط الصداع الدعائى
والذى يقوم على اساس اضطرابات فى تنظيم الاوعية المحركة المركزيه . وتأشنسيرات
(السبروتين) ووصف نمط الشخصيه الاستعدادى الذى يميز الافراد المصابين
بنمط الصداع النصفى أو يظهر لديهم بعض سمات مرض (الاكروميغالود
Acromegoloid) أى معظم الأطراف ناتج عن اختلاف الغده النخاميه مصحوب
بالتأخر فى النمو الانفعالى والذكاء العالى وطبقاً لرأى هؤلاء الكتاب فأن
الصداع النصفى يظهر عندما يفتقد الافراد الحمايه المنزليه وخصوصاً الاستقلاليه
عن الام والتي تساعد على تجنب مواجهه المسئوليات للمعيشه بمفردهم .
- وعالج كل من (فررم وراكمان Fromm & Rachman) ثمانية مرضى

بالصداع النصفي باستخدام العلاج النفسى . ووجد ان اغلبهم لديه عذائيه واندفاعات
حقدية (حسديه) وتكون موجهه اصلا الى الاشخاص الجذابين والاذكياء والذين
يتفوقوا عليهم وتقلب ضد الذات بسبب الشعور بالذنب .

(ولخص) وولف خصائص شخصيات الافراد العصابيين بالصداع النصفي بالاضافه
الى اسهاماته الفسيولوجيه ووجد ان لديهم زياده فى التنافس ولديهم ميول الى
الكماله وصلابه ويميزوا بعدم القدره على تحمل المسئوليه - وينتج الاتجاه الاستيائى
المزمن عن نقص النجاح فى معامله الاندفاعات الحماسيه وتقدير المسئوليات والكاليه
والطموح . ويتطور وينمو الاتجاه نحو التعب والاجهاد . وتساعد الاحداث الخارجيه
فى زياده عدد نوبات الصداع النصفي

بالاضافه الى بعض الخصائص الأخرى مثل الخاصيه القهريه الحماسيه والصداع والقلق
كما يتسيز مرضى الصداع النصفي باتجاهات سطحيه .

- اهم (ليبمان Lippman) بالاحلام المسجله للمرضى بالصداع النصفي
ووصف نماذج الأحلام المختلفه التى تحدث طبقاً لما وصفوه ووجد ان نماذج الأحلام
تساعد على عمل التشخيص وتميز بالتالى :

١- الالوان الجذابه .

٢- التكرار السدورى .

٣- المحتوى يختلف فى وقت المرض عما هو موجود طوال حياه الفرد .

٤- صور الكوابيس التى توقظه من نومه .

استمرار الهلوس بعد اليقظه من النوم والغضب أو الثوره المكبوتة المسئوله عن نوبه الصداع النصفي . والم النوبه المرضيه يأتى فجأه عند الغضب ثم ينتهى فجأه أيضا اذا اصبح المريض داعيا بغضبه واعطى تعبيرا عنه بكلمات واضحه . وقامت تلك الملاحظه ارتباط خاص ومباشر بين الغضب المكبوت والصداع النصفي .

٣- الصداع الناتج عن ارتفاع ضغط الدم (Hypertensive headache)
واحيانا يطلق عليه الصداع الوعائى . ودراسه حاله (٥٤) مريض بهذا النمط لمدته ثلاث سنوات ومنها الصداع الجبهى والمؤخرى ويحدث باستمرار فى الصباح الباكر . ووجد أن أكثر من (٥٠) يعانون من ضغط دم مرتفع رغم إعطاء الأدوية المضاده لضغط الدم المرتفع كعلاج . وأقل من (٣٠٪) تخلصوا من الصداع واستجابته ضغط الدم معتدله .

ودراسه لـ (١٢٩٦) مريض صداع وجد أن (٢٠ر٥٪) منهم لديهم ضغط دم مرتفع ظهر لديهم صداع نصفي و (٣٠ر٥٪) فقط منهم لديه صداع نصفي وضغط دم مرتفع . مع ظهور كثير من أنماط كثير من أنماط الصداع الناتجه عن الاضطراب الانفعالى .

ومن الدراسات التي تمت عن مرضى الصداع الدراسه التاليه :-

دراسه نفسيه للصداع التوتري كاضطراب سيكوفسيولوجى وعلاقتها بمركز الضبط

قام بها هاسون آلين (Haissón, Moine) فى جامعه كاليفورنيا

الجنوبيه ، ١٩٢٢م .

هذه الدراسة تكشف عن العلاقة الداخليه بين ثلاثه مفاهيم :

(١) مفهوم الطب السيكوسوماتي (٢) الصداع التوترى كاضطراب سيكوفسيولوجي

(٣) مركز التحكم كمتغير سيكولوجي فى تحديد الاستجابة الفردية لبيئته الفرد .

وصفت الدراسة (١) التخطيط التميزى الاحصائى والخمائص الدينامية التى تميز مجموعته

مرضى الصداع التوترى (٢) لتحديد وتوضيح استخدام مركز الضبط والتحكم كخاصية محددة

لمرضى الصداع التوترى . (٣) لتحديد مدى انتشار مفهوم الظهر الخارجى الدفاعى

باكتشاف الطبعه العتباينه لمركز الضبط والمظهر الخارجى الدفاعى وحدودا (وتميزوا)

بأنهم افراد طموحين ومتميزين باتجاه السلوك المحيط المتوقع للداخليات ولكن هسيبي

الحيثى تقوم تماماً على الاتجاهات الخارجيه مهما حدث الفشل أو كان على وشك الحدوث .

واستخدم فى الدراسة مقياس مركز الضبط الداخلى والخارجى فى (M M P I)

ومقياس الثقه بالنفس واستخبار صمه الباحث .

وتكون العينه من (٨٨) مريض صداع توترى اختبر من عياده الصداع وانقسموا الى (٥)

فئات على اساس شدة الم الصداع .

وصيغت الافتراضات لتحديد (١) العلاقة بين توهم المرض والهستديا والاعتماديه

والمسئوليه والعدوانيه والعدائيه والصداع التوترى .

(٢) العلاقة بين التحرك والشكل والصداع التوترى

(٢) العلاقة بين مركز الضبط الخارجى والصداع التوترى .

وتم معاملة النتائج الاحصائية الوصفية والتقنيكات الارتباطيه حسب متوسط الدرجات - واشتقت درجات (Z) لتحديد ما اذا كانت الفروق داله بين عينه البحث والمجموعات الصادقه . واستخدام اختبار (T) لمتوسطات العينه المستقله لتحديد ما اذا كانت الفروق الجنسيه تعكس في درجات العينه ام لا .

واستخدمت معادله (بيرسون) لحساب معامل الارتباط وحساب العلاقه بين المظاهر الخارجيه والصداع التوتري .

واستخدم طريقه تحليل الانحدار المتعدد (Multiple Regressions - analyses) لتحديد العلاقه بين المظاهر الخارجيه الدفاعيه والصداع التوتري .

واستنتج ان مرضى الصداع التوتري حصلوا على درجات داله وعاليه على الهيبيوكوندريا والهستريا والمسئوليه بمقارنتهم بالأسوياء . ومتغير التكاليف لم يكن حاسم بالنسبه لهذه المجموعه وتم كف المبول العدواني والعدائيه لديهم . ولم يوجد فروق ذات دلالة بين الجنسين من حيث الدرجات .

وعينه البحث (مرضى الصداع التوتري) (٥٢٪) للرجال ، (٢٢٪) للسيدات أحببت لديهم التحول في مقابل الشكل أو الصوره (Configuration) وحدوث هذه الاصطلاحات اجرائياً في دراسه .

- ووجد أن العلاقه داله بين مرضى الصداع التوتري ومركز الضبط الخارجى . والصداع التوتري والمظهر الدفاعى الخارجى . فى عينه البحث . ورغم ذلك عند مقارنته

عينه البحث والعينات الصادقة على كل من المظاهر الخارجيه والمظاهر الخارجيه
الدفاعيه فوجدت داله على مستوى (٠.٠٥ /)

وكما سبق لم يستطيع الباحث ايجاد تمييز واضح في اصطلاحات مركز الضبط والصداع
التوتري بينما وجدت الميل في اتجاه الفروض داله احصائيه وزودت الدراسة بتفصيل
احصائي وصفى وتحليل كلينيكي لعينه الصداع التوتري مشتله على الداله الاقصاديه
الاجتماعيه ووصفت بدايه العرض ومدته وتكرار نوبات الألم ووصف كلينيكي للمتغيرات
السيكويديناميه الهامه لمجموعه مرضى الصداع التوتري . واشتغل ايضاً على تحليل
(M M P I) للبروفيل العام للمجموعه والبروفيل الاساسى للسيئات
والبروفيل الاساسى للرجال وأوصى بضروره الاخذ بالمرحل المتعدده لدراسه
الاضطرابات السيكوفسيولوجيه .

تصنيف (فراجسير وشيفوت)

تعتبر العوامل الانفعاليه فى الغالب هى المسئوله عن حدوث (الصداع الوعائى
vascular headache) ويتم اكتساب الصداع الذى يحدث فى الرشد فى مرحله الشباب
ويتشابه عموماً مع ما يحدث مع افراد الاسره (روس ١٩٦٨) أكد على
ان تحديد معنى الصداع فى اعضاء الاسره يعتبر مفهوم هام فى التشخيص . على الرغم
من أن الحاله السيكولوجيه لمرضى الصداع نظل استاينكيه . ونتائجها مؤتمنه مع
أعراض أخرى وعاده ما تكون نتيجه للصداع الداخلى الذى يكون فى حاله استعداد فى فتره
صداع المرض .
وبعض المرضى الذين لديهم دافعاً فعالى وصداع مؤلم نناهم النوبات التى تقترن وتزامن
مع قلق كامن .
وفى بعض الحالات السيكولوجيه مثل اضطرابات الشخصيه والأعصبيه الكلاسيكه وحاله التحول
للصداع تحدث فى بعض المواقف الخاصه وفترات ممكن تحديدها لجز من العمليه العصايه
وفى بعض الحالات السيكولوجيه مثل توهم المرض وصوره الجسد أو الاضطرابات الهلوسيه
التي تأخذ شكل اعراض الصداع . ويجب ان يفهم علم النفس العرض الكامن قبل ان ننصح
بالسبب لاختيار الصداع كمرض وقبل ان نستطيع تحديد لماذ اختبر الصداع كهدف فى وقت
خاص .
ويجد اندماج لعدد من الحالات العضويه ولعمليات التنسيه فى بعض المرضى وتكون

متحدّه معا لتعطى الصداع الذى يعتبر كعله أو شكوى .

وتلعب الحياه الاسريه للمريض وعلاقاته بالناس الآخريين دورا فى سبب حدوث الصداع .
والعلاقات بين الشخص وبيئته متعدده ومستمره ونتيجه لتغييرات داخلية للطاقه واستجابات
تصنيفيه (مناعيه) وغالبا يتوسطها اعضاء الحس والجهاز العصبى المركزى مشتتلا
على المجهودات التكيفيه العامه والتشريط والنماذج التفاعليه للغدد الأتقويه الاراديه
وبعض الاستجابات النوعيه مثل شدائد الحياه وبعض منها وبعض منها ربما محدد ثقافينسا
وحضاريا .

ويحدث الصداع المرض موضعى أكثر منه كرمز إسقاطى ويصنف أغلب الأفراد الصداع كالم
أو شكوى فى مكان ما على الرأس . وأحيانا يكون ثابت وأحيانا آخرى يكون متقلبا وغير
مؤلم . وأحيانا يكون شديدا ومؤلم للغاية . ولكن المهم هو المعرفه والتأكد من
الاعراض الموضوعيه حتى يتمكن الطبيب من تقديم التشخيص المناسب والعلاج ويجب على
الطبيب ان يفحص قائمه الصداع التى عرفها وقد منها معهد الأمراض العصبيه العالمى
(١) الصداع الوعائى : من نمط الصداع النصفى والذى يشمل الصداع النصفى الكلاسيكى
والصداع النصفى السفلى .

(٢) الصداع الانقباضى العضلى :

(٣) الصداع المختلط (الصداع النصفى الوعائى - والانقباض العضلى)

(٤) صداع العصب المحرك للأنف (٥) صداع التحرك الهلوسى وحالات توهم العرض .

(٦) الصداع اللاوعائى النصفى (٧) الصداع الانسجائى أو الاحتكاكى
(Tradion)

(٨) الصداع الناتج عن التهاب الجمجمه .

من (٩ الى ١٣) - ناتج عن مرض العينين والانف والفجوه والتجويف والتي أو
تركيبات الرقبه والجمجمه الأخرى .

(٥) الآلام العصبية الجمجمية وسوف نقدم الاعراض الكلينيكيه مختصره للانماط ١ ، ٢

٣ ، ٥ لأن المفاهيم السيكا تريه للصداع تشتمل بصفه خاصه على هذه الانماط .

وآجريت كثير من المجهودات حول تمييز مختلف الحالات لتحديد الفروق المناعيه
وانتشار العرض ووصف ما هو معروف عن ميكانيزماتهم السيكونسولوجيه .

(١) الصداع الوعائى لنمط الصداع النصفى V agcular Headahe of the
migraine Clinical Features (المظاهر) الملامح الكلينيكيه .

يقوم تشخيص الصداع النصفى على اساس التاريخ الموضوعى للمريض بعد ظهور الحاله
المرضيه خارج الجمجمه - واصبحت الاعراض واضحه واغلبيه العرض بنسبه (٢) الى

(٣) لديهم تاريخ عائلى للصداع النصفى . والتحديد العصبى أو العرض الاول

للمرض القاطع عاده ما يسبق الصداع النصفى الكلاسيكى والذى يستقر من ساعه الى أربع
ساعات . والألم عاده ينتاب جانب واحد واحياناً ما يلزم الجزء الامامى من الرأس . ويرتبط
الاضطراب المزاجى عاده مع المرحله الاولى للمرض . وفى المرحله المبكره للصداع يكون

الألم على هيئه نبضات . وفى الحقيقه ان الشريان الجمجمى الذى تشمله الآلام يكون
ولموساً ومرئى .

ويظهر لمرض العيون والشلل النصفي واضطرابات الكلام فى المرحله المتأخره من العرض ولا تكون ذات دلالة كبيره لأنها متقلبه .

ومختلف الصداع الوعائى فشتلعة على الصداع الرأسى الوجهى ، وصداع نهايه الاسبوع وصداع دوره الشهرية ، ويستغرق مثل هذا الصداع من ساعتين الى ٢٤ ساعة وليس لها اماره أو علامه مرضيه محدده تحديداً قاطعاً . وقابله للتغير فى الشده ويتغير الألم من النبضات الى الاستمرار وتجميع اكثر من صداع معاً .

واختلاف آخر للنمط الوعائى ويكون ايضاً تعبيرا من حيث الاستمرار . وبدون اماره أو علامه أوليه للمرض . وعاده ما تكون فى جانب واحد وغالباً على نفس الجانب فى الجانب العينى أو الامامى ويكون الألم شديد ومصحوباً باحتقاق فى الانف أو العين ومصحوباً بارتخاء جفن العين ومثل هذا الصداع غالباً ما تسببه موسعات الأوعية الدموية مثل الكحول .

العوامل الفسيولوجيه :

عاده ما نرى فى الصداع النصفى توسع شريانى مصحوباً ببرد فعلى عضلى قبل شريانسى (erierterial) وأغلب التوسعات تكون فى تفرعات الشريان السباتنى وفى بعض الحالات يتم انقباض الشريان قبل اتساعه . والسبب فى هذه التغيرات لهذا الشريان غير معروف ولكن الادله الأميريقيه تقترح وجود عامل عصبى المنشأ ويسبقه تراكم أو تكديس فى مواد الأنسجه والتي تعطى اتساع فى الأوعية الصغيره وورم وتصبح

بعد ذلك ظاهره وعلى الرغم من أنه معروف أن المراكز المحركة للأوعية للقرشه المخيه
تعب دوراً هام في ظهور الصداع ولكن لم يعرف المعرات التي يشملها الاضربابات .

العوامل النفسيه : . Psychological factors

لا يوجد نمط لشخصيه واحده لديها استعداد للإصابه بالصداع الوعائى ولكن افراد
لديهم شخصيات وسواسيه تكون اكثر شبيها بالمرشحين للمرض بسبب ضبطهم وكبتهم
للغضب بالميكانيزمات الإضابطه . وغايه فى الدقه ولد بهم دافع طموحه تنافسيه ومطالب
بيئيه ملحه ربما تؤدى الى خفض القدره الاراديه للجهاز العصبى الاوتوتوبى للشدائد
والمواقف والصراعات الداخليه النفسيه . ويتميز مجموعه مرضى بذكاء، على ولد بهم
قدره عاليه على الأداء السريع وأثبتوا أن لديهم قدره غير عاديه فى التعامل مع
ازمات الحياه كل يوم ومعها عمليه التكيف لا غلب مراحل الحياه مثل المراهقه - والدوره
الشهرية - الانفصال عن المنزل والاسره ، والتغيرات فى الوظيفه - الزواج - فتره الامومه
والأبوه . ولكنهم يجدوا ان دفاعاتهم المعتاده وضوابطهم لا تعمل كما هو
مطلوب وينتابهم نوبات من الصداع الوعائى وعلامه على ذلك وجد هناك لب مركزى
لاكتئاب ربما يظهر ويتضح عندما تفشل ميكانيزمات الدفاع فى استمرار عمليه الكبت .

Treatment

العلاج :
ينتج علاج الصداع النصفى غالباً مع الارجوتامين تارترت (ergotamine Tartrate)

ومع الكافيين ويمكن السيطرة على الاعراض المصاحبه للصداع النصفى باستخدام

المضادات للتشنج (Sedatives) ويؤثر العلاج غالباً عند اعطائه مبكراً في المرحلة الاولى للصداع (Prodromal) ولا تستجيب مختلف انواع الصداع النصفى استجابيه مفاجئه أو مشيره للكافين والأرجونامين . ومن الصعب علاج جميع اكثر من نعط من الصداع معاً والهدف الاساسى فى مثل هذه المخالسه هو التخلص من الألم ولو ان ذلك يؤدي الى زياده ادمان المخدرات أو المنومات القاطنه للألم بسبب طبيعته العرض المتكرره .

- ويقوم العلاج النفسى على العلاقه بين المعالج والمريض الذى يعلمه كيفيه التكيف بنماذج تكيفيه مناسبه لأغلب شدائد الحياه . نظراً لتكرار حدوث الصداع الوعائى الذى يصبح كنعوذج للحياه مع انسحاب الفرد الذى يعانى من المشاركه الاجتماعيه وتجنب المسئوليات الشخصيه .

- وربما يصبح الألم لعرض واضح للاكتئاب وفى هذه الحاله يكون العلاج باستخدام العلاج النفسى الدوائى (Psychopharmacologica) مع مضادات الاكتئاب (ثلاثيه الدوره Trecyclic) ومواد مختلفه من برامين واسترقتيلين مع محاوله لمعرفة أى الانواع مؤثره أكثر مع مريض معين - وتزيد فرصه النجاح فى العلاج عند مصاحبه العلاج الدوائى بالعلاج النفسى ويوجد عدد من المرضى ان نوبات العرض تصبح أقل تكراراً . ويصبح الألم أيضاً أقل شده . ولكن يلاحظ ان الوسائل الدوائيه ليست ناجحه جداً . واستخدام بعض الاطباء الميسر جيد ما لميث مع مراعاة التحذير بسبب المؤثرات الجانيبيه للدواء غير المحدده على ألباقى البريتيون

Muscle Contraction Headache : الصداع التقلصي العضلي :

المظاهر الكلينيكيه :

لا يشابه مع الصداع الوعائي وعاده ما يكون على الجانبين (Bilateral) والرقبه وفسره الرأس يلجأ الفرد للضغط عليهم باليد . ويوصف الإيم عاده بالاضغط وتكرر نوباته وتكون مؤلمه وخاده وتستمر لعدده ساعات أو أيام ويكون الألم في منطقه التقويه (أسفل) ويمتد إلى الأماميه والصدغيه (مؤخره الرأس) منطقه الرأس واحيانا يشتمل على الرأس بأكملها . والتاريخ المرضي للأسره السابقه غير محدد وترجع نوبات الصداع الى مواقف ضاغطه معينه والقي ونادر .

المظاهر الفسيولوجيه :

يعتبر الصداع التقلصي العضلي معبرا عن فسيولوجيا التوتر والقلق ويعرف بصفه عامه أنه معبرا عن الضغوط (الانفعاليه وتسبب الضيق العضلي والتي تولد الانقباض العضلي وخلال تلك الفتره يتأثر عن طريق انقباض الأوعيه الدمويه (هوركون ، ١٩٦٩)

العوامل النفسيه :

من الشائع جدا أن الفرد الذي يعاني من القلق المزمن يعاني أيضا من الصداع الانقباضي العضلي والاكتاب والتساوه وحده الطبع (النهج) وأجريت دراسات عديده لأبراز النمط الشخصي الخاص بهذا العرض . ويعيل الأفراد إلى إنكار وكبت

المشاعر العدوانيـه والعدائيـه والاندفاعات والرغبات الجنسيـه غير المرغوبـه ، وفي المراحل العيـكـره والظروف الاسريـه الكابتـه والمحافظة بشده تساعد على ذلك وفي المراحل العيـكـره من العلاج يتم التعبير عن القلق جسدياً عن طريق التوتر العضلي الهيكلـي ومساعدـه المريض على التخلص من ذلك بالتعبير اللفظي بدلاً من التعبير بالأعضاء كما هو شائع ومعروف في حالات القلق .

٣- الصداع المختلط :

يحمل أعراض كل من الصداع التقلصي العضلي والصداع الوعائي . ويحتاج في علاجه الى تعاون الأختائى النفسى والعصبى .

٤- الصداع التحولى والهذائى :-

أ : الحالات الهذائيه

يعتبر الصداع كفتاع مرضى ليستطيع المريض تجنب مشكله أو معرفه . أى كدفاع والكثير مع حالات الفصام والمرضى بالاضطرابات الوجدانيـه .

ب: الحالات التحوليـه :-

ليس من الشائع ان تظهر ردود الفعل التحوليـه كظهر للصداع . ولكن لدى الأفراد ذوى النمط التحولى ويتم اختيار منطقـه الرّاس لعملية التحول حيث تعتبر كمصدر لكثير من الصراعات . وأنها مركز الذكاء ومركز التعبير والتحكم في كل السلوكيات .

والتعبير عن الصراعات الانفعاليـه والعضليـه ولا تعتبر كليه ضمن مرضى الهستيريا التحوليـه ولكن أيضاً مع الشخصيات العصبيـه القهريـه أو الاضطرابات الوجدانيـه .

الألم والشخصيه :

أكد كثير من الباحثين ان الشكوى الشديده من الألم ترجع مباشره الى درجات العصابيه المرتفعه باستخدام قائمه آيزنك للشخصيه (E P I) (ايزنك ، ١٩٦١) ،
" ديلينج دسوينسون ، ١٩٦٢) ، (بوند ، ١٩٧٨) ووجد هناك ارتباط بين القلق
الظاهر باستخدام مقياس (تايلور للقلق) والعصابيه ويزداد مستوى العصابيه فى الامراض
المزمنه المؤلمه (مثل الروماتيزم المفصلى) .
وقد قام (استيرنبود ، ١٩٧٤) بتحليل عناصر زياده مستويات العصابيه لدى العرضى
بآلام الظهر المزمن والحاد باستخدام اختبار (M. M. P. I)
وقد لاحظ زياده فى درجات مقياس الهستريا والهيبيكوندريا فى اثناء نوبات الألم
ويحصل المصابين بأمراض مزمنه على درجات مرتفعه عن ذوى الألم غيرالمزمن على مقياس
الاكتئاب ايضا وأوضحنت النتائج أن كلا من الألم الحاد والمزمن يسبب انشغال واهتمام
فى الوظائف الجسديه . ويعبر ذوى الألم الحاد عن الأهم بطريقه مشيره ولذلك
يعكسوا زياده فى درجاتهم على قياس الهوس وذوى الألم المزمن يميلوا الى الاكتئاب . وأكد
(استيرنبود . ١٩٧٤) فى مناقشتهم . للاضطراب السيكوسوماتى
ان رفع مستويات العصابيه يجعل الشخص عرضه للاصابه بأمراض معينه ويبدو هذا مناسباً
لأمراض مزمنه معينه مثل (الروماتيزم) .
ونكزه العلاقة بين العصابيه والمرض والألم درسها (بوند ١٩٧٣) وافترض ان كل فرد
يمتلك نموذج لشخصيه ثابتة ويحدث بها تغيرات فى وقت الصحه والمرض . ولكنها

لاقت النقد من كل من (سانسيورى - واستيرنبود) وآخرين وقد اقترح ان مستويات العصابيه تزيد أو تقل فى أوقات المرض أو الضغط وتعتمد اعتمادا مطلقا على مستوياتهم فى الحاله الصحيه العاديه وأفتراضه هذا مبنى على أساس دراسات على المرضى بالسرطان ورغم الآلام الخديه ولكن حصلنوا على درجات منخفضه على قياس العصابيه عند تسكين الآلام بالأدويه الممكنه . وبعد ذلك زادت درجاتهم فى العصابيه تجاه المتوسط لدرجات الاختبار .

- وفى دراسه أخرى قام بها كل من (بوند وبيرسون) ، (١٩٦٩) لاحظا أن النساء العصابات بسرطان (فقرات العنق) واللاتى تميزن بزيادة الألم حصلن على مستويات منخفضه للعصابيه .

وهذه الملاحظه تتفق مع ما درسه (ايزنك وكيزن) على مرضى السرطان .
ويُفسران انخفاض درجه العصابيه لدى مرضى السرطان لاخترال الانفعاليه جدا لديهم وانكار القلق على المرضى . ولكن أكد كل من (بوند دكيزن وأيزنك وبيرسون) على أن مستويات العصابيه المنخفضه جدا أو الانكار تحدث لدى أفراد محدوديين كجزء من رد الفعل تجاه ضغط المرض والألم .

- ووصف فيليس ، (١٩٢٦) مرضى الصداع بأنه يوجد اتفاق على الخصائص الهامه لشخصيتهم ومن هذه الخصائص توتر واندفاع شخصيه مرضى الصداع ولا يعبروا عن غيظهم وعدائيتهم ويتميزوا بالحماريه . والحالات التى درستها (فيليس) مرضى بالصداع النصفى والتوترى . ولم يجد كل من (مارتن وسونيوسون وورس) فروقا

اساسيه للشخصيه بين المجموعات . والعديد من الدراسات لم يستطع التمييز بين شخصيه الفئات المختلفه من مرضى الصداغ النصفى - التوتري - المختلط (ويلاحظ ان الصداغ اكثر شده لدى النساء بأنواعه المختلفه . وتوتغ درجات العمائيه لديهم .

الشخصيه ولاققتها بالعرض السيكوسوماتى :

بدأت فكره خصائص الشخصيه أو سماتها كأحد العوامل الاسايه فى حدوث المرض السوسوماتى متأثره بالنظره التحليليه التى بدأها (فرويد) عند وصفه لخبرات الطفوله الملحوظه وتأثيرها على نمو الشخصيه . بما أطلق عليه الشخصيه الفغيه والخرجيه (Oral, Anal) والتناسليه (Genital) وأعطى سمات وخصائص لكل نموذج من هذه الشخصيات السابقه . وبعد ذلك ظهرت محاولات عديده تركزت على سمات الشخصيه وميكانيزمات الدفاع وردود الفعل النوعيه الديناميه التى كان يعتقد انها السبب وراء امراض نوعيه أيضاً .

وسمى هذا الاتجاه بالمدخل السيكودينامى لدراسه الامراض السيكوسوماتيه ويعتبر الكسندر (Alexander ١٩٥١) صاحب الاتجاه الدينامى فى تفسير الاضطراب السيكوسوماتى . فقد نضع شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتى هما :-

أ- الشرط الاول والمطلب الاساسى هو الاستعداد الورائى الذى يوظف فى نمو وتطور الشخصيه عن طريق التعلم والتشريط والاستعداد فى مرحله الطفوله

وهذا الاستعداد يوجه الاستجابات الممكنة ويشارك في نموها وعاده يطلق على هذا الشرط (استعداد الشخصيه) .

ب : الشرط الثانى موقف البدايه (Onset S ituation) والذى يشمل احداث الحياه والتغيرات فى عوامل الوقت - العمليات الديناميه والانفعاليه التى تعطى الاستجابات وورد الفعل النوعيه . ثم الاعراض أو المرض .

(الكسندر Alexander ١٩٥٣ ، ص ٢٠٥)

ويرى (فيشر) ان نظريه (الكسندر) ترتبط مشاعر وانفعالات معينه (منته للشرط الثانى) باضطرابات سيكوسوماتيه معينه . وكذلك تغيرات نوعيه فى بعض الاعضاء وذلك عند الاستشاره المستمره أو الاستشاره الزائده . وهو من اوائل الذين ربطوا بين نظريه التحليل النفسى والاستشاره العصبيه فيرى (الكسندر) ان ميل الطفل الزائد الى التواكل يودى الى زياده نشاط الجهاز العصبى اللا ارادى فى الجزء الباراسمبثاوى منه . وبالتالى يسبب الاضطرابات السيكوسوماتيه مشبه القرحة أو اضطراب القولون والربو ومن جهه اخرى فان مشاعر الذنب التى قد يعانى منها الفرد نتيجة ما يشعر به من نوازع العداه والعدوان قد يعبر عنها عن طريق جهاز العصبى اللا ارادى السمبثاوى . وهو الذى باستمرار اثارته يودى الى امراض سيكوسوماتيه مثل الصداع النصفى وضغط السدم الجوهري . والتهاب المفاصل الروماتيزمى . ولهذا يعتبر (الكسندر) من اصحاب الاتجاه السيكودينامى والعصبى (الاستناره) أكثر من كونه مهتماً بالتركيز على نمط أو خصائص

الشخصيه . أى انه ألح على الصراع السيكودينامى بالنسبه للمرض السيكوسوماتسى أكثر من بروفييل الشخصيه . (فيشر Fisher ١٩٧٢ ، ص ١٢)
وقد قدمت (دنبار Dunbar ١٩٤٣) بروفييلات شخصيه متعدده تبعاً لتعددها نوعيه المرض . واعتبرها مسئوله عن إعطاء مظاهر الصحه أو المرض وبالأخص تنظيم الشخصيه عند السيكوسوماتيين . وقد حاولت ان تحدد لكل مرض سيكوسوماتى مجموعه من السمات الشخصيه . وفى ضوء ما توصلت اليه من نتائج عن الشخصيه الامريكيه بجمع المعلومات حول الوراثه - المعلومات الشخصيه - الحاله الصحيه السابقه - الحوادث التى تعرض لها - التوافق العام - انماط السلوك العميز استجابات الشخصيه - المناطق التى تعتل صراع ؛ وجدت على سبيل المثال انه :

*** يغلب ان العرضى بالصداع النصفى يكونوا ممن يعانون قبل الامابه بقلق حول عمليات النظام والنظام والترتيب . ولديهم انا اعلى صارم ومتزمت يثير قلق الشعور بالاثم .
*** أما مرضى القرحة فانهم افراد يريدون رفع انفسهم للعالي ، وطموحين وينتابهم القلق وخشيه الفشل أو الاحباط .

*** ويقع مرضى الربو فى صراع بين الرغبه فى الاستقلال والتواكل

(دنبار Dunbar ١٩٤٣ ، ١٣٧)

وقد وجهت الانتقادات العديده الى نظريه (دنبار) وتلك البروفييلات الشخصيه

نظراً لأنها لم تقارن بمجموعه أصحاء ، ووجود التشابه بين البروفييلات الشخصيه

لتشابه عدد كبير من العوامل في أكثر من بروفيل واحد . ورغم تأكيدها على امكانيه التحقيق الاحصائي لنتائجها الا انه لا يمكن تعميم تلك البروفيلات على كل الفئات المرضيه عموماً .

ويرى (أيزنك) انه بعد التقدم العصبي والفسولوجى فى دراسات علم النفس وبخاصه الدراسات المهتمه بالشخصيه أجرى تحليل للدراسات السابقه الموجب منها والسالب حول نموذج الشخصيه والمرض . وكذلك فى مجال القياس النفسى كشرت استخبارات وقوائم الشخصيه ومنها اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه (MMPI) الذى اقتبس منه العديد من الاختبارات وطورت لتتاسب المجال السيكوسوماتى مثل قائمه (كورنيل Cornell Index) للاضطرابات السيكوسوماتيه فمثلا بالنسبه لشخصيه المصاب بالقرحه (الشخصيه القرقيه The ulcer Personality) يوجد لها نمطان حسب آراء العلماء . النمط الاصلى وهو انها سلبيه اعتناديه . والنمط الثانى هو انها عدوانيه نشيطه ، وكلا النمطين يمكن الانتفاع به فى نفس الوقت وأنهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه اللاشعوريه ومع الصراعات الأساسيه التى يعيشها الافراد المتكرزه حول الحاجه الى العنايه والحب فقط من العرضى حصل على الحاجات باتكاليه . بينما النمط الآخر لجأ الى التعويض الزائد (أيزنك : Eysenck ١٩٧٣ ، ص ٧١٠)

ومكعبذا ظل أمل بعض الباحثين فى الطب السيكوسوماتى فى أن تكون العلاقه

بين الشخصية والامراض السيكوسوماتيه خاصه لدرجه امكانيه تعرف انواع الشخصيه
التي من المحتمل اصابتها بأمراض سيكوسوماتيه معينه .

وقد قام كل من (فريدمان وروثمان (Freidman & Rosenman ١٩٧٧))
بوصف نموذجين سلوكيين للشخصيه هما (A . B) ووصفاً لكل نودج أوصافاً
محدد . فالنموذج السلوكي (A) يتسم بالعدوانيه والتنافس والضيق والتبرم السريع
والطموح الزائد وعدم التحمل وزيادة مستوى الدافعيه . وهذا النموذج لديه الاستعداد
للإصابه في الشريان التاجي . وعكسه النموذج السلوكي (B) ليس لديه هـذا
ليس لديه هذا الاستعداد (Freidman & Rosenman ١٩٧٧ ، ١٩٤٥) .

وفي دراسه حديثه قام بها (هوارد Howard / ١٩٨٨) عن العوامل الصحيه
الآخري التي ترتبط بالنموذج (A) السلوكي . فوجد في هذا النموذج في العينه
المختاره تبعاً للخصائص المميزه له ارتفاع في ضغط الدم - زياده ماده الكلسترول نسي
الدم . ولا يوجد زياده في حمض اليوريك - زياده نسبه ميل الشخصيه للتدخين
الاضطراب الانفعالي العام مع التردد في اتخاذ القرارات - ومستوى عالي من الجلوسين
الثلثي ووجد ايضاً ازدياد وجود هذا النمط السلوكي مع تقدم العمر ، ولـه
ارتباط بنوع التربيه ونوع العمل أو المهنيه ومعدلات النمو العامه للفرد . ونوع الشده
أو الاجهاد (Stress) التي يتعرض لها .

(هوارد Howard ١٩٨٨ ص ٢٥٠)

وهناك دراسة قام بها (كينجسليج Kenigslierg ١٩٢٩) لتحديد النموذج أو النمط السلوكي المعيز لمرضى الشرمان التاجي لمجموعه من نزلاء مستشفى المرضى بالشرمان التاجي . باستخدام اختبار (جينكنس) للنشاط:

(Jenkins Activity) Survey (JAS) وصمم هذا المقياس لقياس النموذج السلوكي (A) فأظهرت الحالات ارتفاعاً في الدرجات على هذا المقياس عنه لدى الاسوياء (كينجسليج Kenigslierg ١٩٢٩ ، ص ٢٣٧)

ويعتبر (أيزنك) صاحب النظرية السلوكية العصبية . فقد ربط بين عمل الجهاز العصبي والسمات الظاهر للشخصيه ولخصها بعد إجراء التحليل العاملي لها إلى الأبعاد (Dimentions) وبهذا تركت الأبحاث حول الأبعاد بدلا من السمات وخصوصاً يعى العمائيه للأسباب الثلاثة الآتية :

أولا : لانهما البعدان اللذان ظلا ثابتين بعد مزيد من الدراسات السيكولوجيه الكئنه .

ثانيا : لوجود الافتراضات المعتمده على السمات الوصفيه للسلوك والتي تحدد الأسباب العوديه الى اختلاف في الشخصيه ، وتربطها كذلك بالعمليات الفسيولوجيه التي تحدد أيضا الأمراض السيكوسوماتيه .

ثالثاً : إن أبعاد الشخصيه التي أو ضحتها هذه الدراسات ذات ارتباطات نظريه

بتنظيم (بافلوف) للأنماط العصبية

(أيزنك Fysenck ١٩٢٣ ص ٢٠٥ الى ٢٠٧)

- استخدام التغذية الرجعية مع المرضى باضطرابات سيكوسوماتية

اجريت دراسات حول التغييرات في مركز التحكم (Locus of control)

الناتج عن التغذية الرجعية للأفراد العصابين باضطرابات سيكوسوماتية ومقارنتهم

بمجموعه ضابطه للحصول على افضل طريقه لفهم علمية ضبط الاضطرابات

السيكوسوماتية بالتغذية الرجعية الحيويه . واستخدام هذا البحث (٨) حالات

وكل حاله تم اجراء البحث عليها خلال عشر جلسات أسبوعيا وكل جلسه ساعه

للتدريب على التغذية الرجعية والجلسه الأولى والثانيه استخدمت لتهدئ

والاستعداد فقط وما في الجلسات للتدريب . وتم مقارنتهم بمجموعه أخرى ليس لديها

اضطراب سيكوسوماتية (٦) حالات . وافترضت الدراسة أن الحالات السيكوسوماتية

سوف تصبح أكثر اتجاهها للداخل في الضبط على مقياس (روتر) وتديرا أعلى للذات

إذا نجحت في التدريب على التغذية الرجعية للعضلات الخاصه بالعضو المضطرب

ونجحوا أيضا في خفض التوتر أو الإجهاد .

وأظهرت النتائج وجود ميل نحو الداخل في اتجاه أو مصدر الضبط لدى المجموعه

غير السيكوسوماتية ولم يظهر لدى المجموعه السيكوسوماتية تغيير على المقياس

قبل وبعد استخدام برنامج التدريب باستخدام التغذية الرجعية . ولا يوجد فروق

الفصل الثاني

الاضطرابات السلوكية

- مقدمة
- العدوانية والعذائية
- مشاعر الذنب
- الكمالية العصائيه
- اضطرابات الأكل
- فقدان الشهية العصبي
- الشره للطعام
- الوجدانات السالبة والموجبه

العدوانية والعدائيه

مقدمه :-

تنتشر السلوكيات العدوانية والعدائيه في اماكن متفرقة من العالم كما هو الحال فى انجولا وبانجلاديش والشيخان والبوسنه والهرسك وشمال العراق . وكذلك العمليات الارهابيه غير المنظمه والتي لا تعتبرحروبيا اهليه أو تنازعات بين دوله واخرى بل داخل الدوله الواحده نظرا للاختلافات فى الاراء السياسيه أو القضايا الاجتماعيه التي تخص مجموعه محدد ه أو فكر معين فى مقابل فكر أو رأى آخر . كما تنتشر العرقه وخطمطف الاطفال . والامطه كثيره على الوحشيه الانسانيه التي تجوب هنا وهناك . وتطالعنلسا الصحف والمجلاتيومياً عن نشوب العديد من الحروب الجديده وحوادث متعدد ه تنتسج باتساع العالم كله . ورغم ان التاريخ يحمل لنا انباء حروب وقتال مدمر مثل الحرب العالميه الاولى والثانيه والقرن العشرين عموماً . والعقود الاخير ه منه بالمذات تميزت بتعدد واتساع اشكال العنف والارهاب . وفى الماضى اعزى السلوك العدوانى الى قوى خفيه دافعه لهذا المسلك أو ذلك من المسالك العنيفه . ووضح دور التشريط البيئى والاجتماعى والتقدم التكنولوجى فى وسائل الحرب والدمار . وبرز دور السياق الذى تحدث به الافعال العدوانيه والدوافع لعقائديه الخارجيه اكثر منه بداخل الفرد الانسانى نفسه .

تحديد المصطلحات

أولا : الموسوعات والقواميس :

١- معجم العلوم السلوكية Dictionary of Behavioral Science

هجوم أو فعل عداوانى يمكن ان يتخذ أيه صوره من الهجوم الفيزيائى فى طرف السى
اللفظ المهذب فى الطرف الآخر . وهذا النمط من السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو
أى شخص بما فى ذلك ذات الشخص . (ولمان Walman ، ١٩٧٣)

٢- الموسوعه المختصره فى علم النفس والطب العقلى :

عدوان / تهجم Aggression

ويقصد بالعداون أو الاعتداء المادى أو ما يعاد له من تعدد معنوى والعداوان عند
مدرسه التحليل النفسى هو المظهر الشعورى لغريزه التدمير (الثاناتوس) موجهه
للخارج . أما عند (آدلر) فهى ضرب من السلوك الاجتماعى غير السوى
يهدف الى تحقيق رغبه صاحبه فى السيطرة . ومن هذا المعنى نشأ الفرض القاتل
بالفشل أو الاحباط والعدوان

(frustration Aggression Hypothesis

حيث يعتبر العدوان دائما سلوكاً يهدف الى التعويض عن الخيبه أو الفشل الدفين .

العدوانيه : Aggressiveness

وتعنى الكلمه الإتجاه الى اتخاذ الاسلوب العدوانى بازاء الأمور والعيل الى اقتحام

ولكن العدوان يشير الى سلوك غير سوى يتميز بالعنف والتعدى العادى أو المعنوى . بينما تعنى العدوانية اتجاهًا . قد يظل فى حدود السواء أو يؤدى الى عدوان أو السى الاقدام واقتحام الصعاب بدلا من التحايل على تذليلها ومحاولة فرض المرء آراءه على مجتمعه رغم الاعتراض عليها

ثانيا : آراء بعض علماء النفس :

١- فرويد (Freud)

العدوانية واحدة من الغرائز الأولية . فالعدوانية الطبيعية عند الفرد ضد ذاته يمكن ان تتجه ضد العالم الخارجى . فالثاناتوس - (Thanatos) هى بشكل أولى غريزة الموت وكل ما ينطوى على قدر معين من تدمير الذات داخل انفسنا ويبدو ان الناس عليهم ان يقوموا بتحطيم الاشياء والآخرين حتى لا يحطموا انفسهم . كما يحمى الفرد نفسه من النزعه الى تدمير الذات فيتحتم عليه ان يعثر على قنوات خارجيه للعدوانية . (روبرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٨)

٢- موراي (Murray)

العدوانية هى حاجة الفرد الى ان يتغلب بقوة على المعارضه أو الى ان يقاتل أو يعاقب آخر الى ان يؤذى أو يقتل آخر . أو الى ان يشار لأذى لحقه . (موراي

Murray ١٩٣٨ ، ص ٢٢٩)

٣- تعريف مخيم للعدوانية .-

الحياه والموت . سيات كانت طاقتها موزعاتيه أو نرجسيه ساديه أو مازرشيية تكون العدوانييه هى هذه الطاقه التى تخدم فى الحالات السويه غرائز الموت بشكل غير مباشر . بمعنى انها تكون فى خدمه غرائز الحياه ايجابيه أو توكيدا للذات (تدميرا مشروعا للمعوقات من الآخرين والاشياء أو عدوانييه شقيقه وانجاباً أو بناء يبلغ حد الابتكار على المستوى الفردى ويتخذ صورته البقياده فى المواقف الاجتماعيه لتأدى بها تدريجياً الى التدمير والعدم . وبينما تخدم فى الحالات غير السويه غرائز الموت بشكل اكثر مباشرة تدميراً عاجلاً ومباشراً للذات أو غير التدمير غير المشروع للآخرين والاشياء . وينبغى فهم ذلك ضمن اطار النهج الجاليلى فى تناول الوقائع . هذا الذى يقوم على مفاهيم السلسليه والمتصل الواحد . والذى يعتبر السلوك محصله للصراع بين المتجه الصادر عن فطريه الفرد والمتجهات البيئيه القائمه فى الحقل . والعدوانييه هى اشبه ما تكون بالنيران التى تدمر بحريقها وتضى بنورها وتتيح بحرارتها للحياه أن تتكاثر وتتواصل بحيث يصد ر عنها التدمير كما يصلح الابداع والتكاثر معا يعنى انها تتيح للحياه ان تزدهر كيفما (فى الابداع) وكما (فى الانجاب) ولكن لتعود بها من جديد الى العدم .

أولا : النظريات المفسره للعدوانيه :-

اختلفت وجهات النظر فى شرح وتفسير السلوك العدوانى وتعريفه . فأخذت اتجاهات عديدة . الا انها تلخصت فى اتجاهات رئيسيه ثلاث متميزه ، وتعزى العدوانيه اساسا الى :

(١) توه فطريه استعداديه ودافعيه (غريزيه)

(٢) دوافع ومثيرات خارجيه .

(٣) التشريط البيئى والاجتماعى مقرونا بنماذج التعليم الاجتماعى السابق وسوف نتناول كل منها بالتفصيل :

أ : النظرية الغريزيه للعدوانيه

The Instinctive Theory of

Aggressiveness

تعتد هذه النظرية على ان الكائنات البشرى منظمه (Programed) فطريا أو استعداديا

لمثل هذا السلوك . ودعم كثير من العلماء هذه النظره العامه أمثال (مكدوجل) بما يعرف

عنده (بعريزه المقاتله) . وعالم الحيوان (سكوت Scott) . الا انها من أشهر

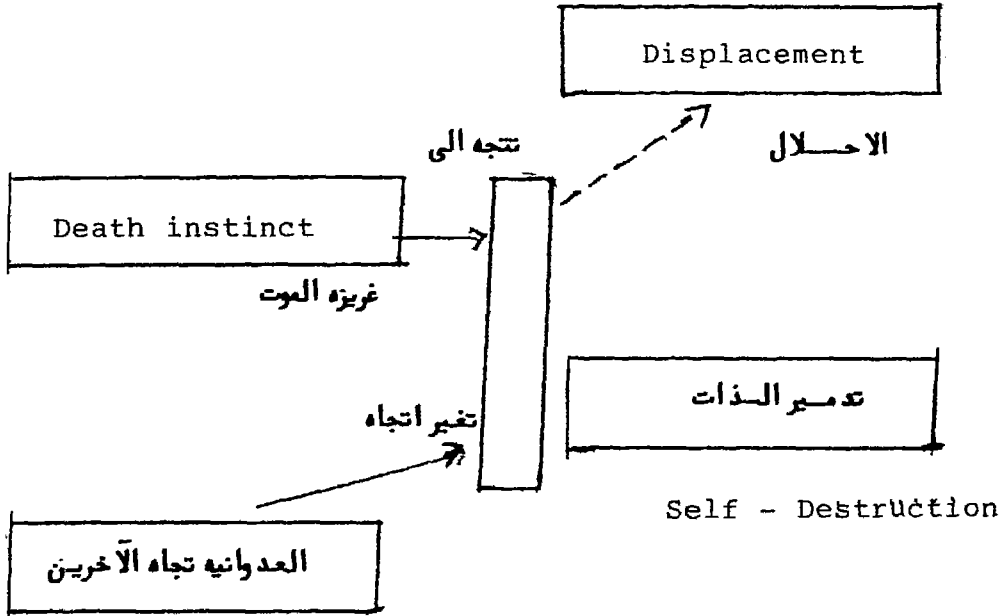
المفسرين لهذا المدخل هما (سيجموند فرويد . Freud, S كونراد لسورنيزى

(Lorenz, K.

* * وجهه النظر الفرويدية

فى كتابات (فرويد) المبكرة اقترح ان كل السلوك الانسانى ينشأ سراء أكان مباشرا أو غير مباشر من (غريزة الخيابة) (Eros) . وهى تعنى اله الحب

عند الاغراق وهذه الطاقة أو الليبدو (Libido) توجه الى التناسل والتكاثر لتدعيم الحياه واستمراريتها . وخلال تلك الوجهه نظراً للعدوانيه ببساطه على انها رد فعل لتعويق الاندفاعات الليبيديه . كما لو كانتاً وتوماتيكه وكجزء محتوم لا يمكن تجنبه فى الحياه . ولكن بعد احداث العنف فى الحرب العالميه الاولى بدأ (فرويد) فى وضع افتراضاته الخاصه بوجود غريزه ثانيه فى الثاناتوس (Thanatos) أى "غريزه الموت والبطله فيها موجهه لتدمير الحياه أو انهاءها . وكل السلوك البشرى ينتج من التفاعل المعقد لهذه الغريزه مع غريزه الحياه (Eros) واستمرار وثبات العلاقه والشد بينها ولكنه وجد ميكانيزم يخدم هذه العلاقه اطلق عليه ميكانيزم الاحلال (Displacement) وفيه تتجه طاقه الثاناتوس تجاه العالم الخارجى وتكون فى توجيه العدوانيه تجاه الآخرين . وتبعاً لوجهه نظر (فرويد) فتظهر العدوانيه اساساً من اعاده اتجاهها (Redirection) أو ابعادها عن تحطيم الذات . أى عن الشخص نفسه وبعيداً اتجاه الآخرين ، كما هو موضح بالشكل التالى :



(روبرت Robert ١٩٨٠٠، ص ٤٧١)

ونظرة (فرويد) وافتراضاته حول أصول ونشأه العدوانية أكثر تشاؤماً ليس فقط في طبيعته مثل هذا السلوك الغريزي ولكن أيضاً في عدم امكانه تجنبه " كونه محتوماً " وذا لم توجه طاقته (الثاناتوس) الى الخارج تجاه الآخرين فانها تتجه في الحال الى تدمير الشخص نفسه . (المرجع السابق ، ص ٤٧٢) .

ويرى (زيلمان Zillman) ان (فرويد) وجد اخيراً شعاعاً من الامل خلال عمليات التنفيس (Cartharsis) . واقترح ان تفريغ طاقته (الثاناتوس) ربما تنتج خلال التعبير عن العدوانية بالانفعالات مثل الغضب . وعموماً فان هذه

عن التفاؤل في امكانيه ضبط أو منع العدوانييه البشريه

(زيلمان Zillman ، ١٩٢٩ ، ص ٣١)

* * وجهه نظر لورنز

يرى (لورنز) ان العدوانييه تنبثق أساسا من غريزه المقاتله التي تشترك فيها الكائنات البشريه مع كثير من الكائنات الحيه الأخرى . فالمقاتله تساعد في توزيع التجمعات الحيوانيه على مدى منطقه واسعه لكي تضمن حد اقصى من استخدام مصادر الغذاء المتاحه . ومثل هذا السلوك ربما يساعد في تقويه الترتيب الجيني لمختلف الانواع . أى ان الاتوى فقط هو القادر على التكاثر وافتراض (لورنز) ان الطاقه العدوانييه تتبعث من غريزه المقاتله التي تنتج تلقائياً من خلال الكائن العضوى بطريقه مستمره وعلى معدل ثابت وبالاضافه الى ذلك فانها تتراكم مع مرور الزمن واثاره الانفعال (السلوكيات) العدوانييه يرتبط اساساً بوظيفه كل من :-

- (١) كميه الطاقه العدوانييه المتراكمه .
- (٢) وجود قوه المشير المطلق للعدوانييه في البيئه الخارجيه ، واذا وجدت كميه الطاقه العدوانييه الأكثر مع مشير ضعيف فسوف يطلق هذا المشير السلوك العدواني الظاهر واذا تراكمت الطاقه العدوانييه لمداه طويله يؤدي هذا الى انفجار أو اثاره السلوك العدواني بطريقه تلقائيه في غياب المشير المفجر لهذا السلوك العدواني

" (لورنز Lorenz ، ١٩٦٨ ، ص ١٢٣)

(invincible) ولا يمكن تجنبها . بل هي قوى استعداديه نظريه الا ان (فرويد) كان اقل نظره متفحصه لعمليه توالد وزياده الطاقه العدوانيه الغريزيه مثل ما اكده (لورنز) في نظريته . وقد كان (لورنز) أكثر تغاؤلاً من (فرويد) نظراً لامكانيه الضبط والتحكم في السلوك العداوني أو خفضه . فقد اقترح (لورنز) ان المشاركه في كثير من الانفعال العدوانيه غير الضاره أو المؤذيه ربما يمنع (تراكم) الطاقه العدوانيه الى مستويات الخطر وتقلل من احتمال حدوث الثورات والانفجارات العدوانيه الأكثر عنفاً . وهكذا شعر (لورنز) بأن العدوانيه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو اعادته اتجاهها .

(روبرت Robert ١٩٨٠ ، ص ٤١٢)

ب : النظرية الدافعيه للعدوانيه :

The Drive Theory of Aggressiveness.

رفضت تلك النظرية التسليم بأن الانفعال العدوانيه تنبثق اساساً من الاستعداد الفطري ، أي الطاقه الفطريه للعدوانيه . ورفضت ايضاً التوالد التلقائي للطاقه العدوانيه . وافترضت ان السلوك العدواني ينبثق اساساً من مشاعر دافعي خارجي لا يذاء أو ضرر الآخرين . والمتوسم الأول لهذا الاتجاه (دولا رد وآخرون Dollard et al) في كتابهم الاحباط والعدوان Frustration and Aggression الذي يفترض ان العدوانيه تنبثق (stem) من التعرض لتشريط بيئي خاص هو (الاحباط) . الذي يشير الدافعيه القويه للافعال والسلوكيات

داخليه . (روبرت Robert ، ١٩٧٨ ، ص ٢٩٣) .

ويفسر (زيلمان) هذا الافتراض بأن الاحباط ينتج عن اعاده السلوك الموجه ومنعه
ما يؤدي الى اثاره الدافع العدواني والذي يؤدي تبعاً الى آداء الافعال العدوانيه
الظاهره . وهكذا يتضح ان الثاره الناتجه عن المشير الدافعي الخارجى المؤديه
الى السلوك العدواني يمكن التحكم فيها والسيطره عليها . أى انه اذا أمكن ازاله
كل المصار الخارجيه للدافع العدواني من البيئه الخارجيه فسوف نستطيع
التقليل أو التخلص من العدوانيه أو من حدوث العنف البشرى . وهكذا تبدو هذه
النظريه أكثر تفأؤل من ضبط السلوك العدواني عنه لدى النظريات الغريزيه الفطريه .
رغم ان التشريطات المؤديه الى اثاره الدافع العدواني مثل (الاحباط) من الصعب البرهنه
على وجودها وليس من السهل ازالتها كلياً .
(زيلمان Zillman ، ١٩٧٩ ، ص ٣٣)

وجه كثير من العلماء المتخصصين فى مجال العدوانيه النقد الى هذه النظريه ومنهم :
(١) بىرى (بىس Buss) ان هذه النظريه تتصور ان العدوان لا يحدث - الا استجابه
لاحباط ويصاحبه نوع من الغضب . وهى بهذا تتجاهل فئه عريضه من الاستجابات
العدوانيه التى لا يصاحبها شعور بالاحباط . (بىس Buss ، ١٩٦١ ، ص ١٦١)
(٢) وبشير (بيركويتر Berkowitz) الى ان الانفعال الناتج عن الاحباط لا
يترتب عليه بالضروره نوع من العدوان دائماً . وانا استعدا للعداون . ويلاحظ

التي تعقب الاحباط . حتى ولو لم توجه هذه الاستجابات لا يذاء الاخرين . ولهذ
أدخل (بيركويتز) اقتراحاً بتعديل لفرض (الاحباط - العدوان) ، أنه ليس
من الضروري ان كل فعل عدوانى يرجع الى احباط سابق . فالسلوك العدوانى يمكن
تعلمه واكتسابه . والعلاقة بين (الاحباط - عدوان) يمكن ان تكون وصله خاصه
بين المشيرات التفسيريه والعدوانيه . فالاحباطات المعوقه هى احداث مؤذيه تشتم
المقاتله أو العدوانيه . الا ان الرابطه بين (الاحباط - عدوان) أضعف مما يتصور
بعض العلماء . ولا تظهر صريحه الا فى شروط ومواقف بيئيه ملائمه .

(بيركويتز Berkowitz ، ١٩٧٤ ، ص ١٦٦) .

(٢) ويرى (باندوره Bandure) ان هذه النظرية تتجاهل فقه من الافراد يتم
تدريبهم من جانب الآباء على السلوك العدوانى . وعلاوه على ذلك يتم مكافاتهم
كتعزيز لهذا السلوك . وتشكيل استجابته الاطفال للاحباط بالعدوان أو النشاط البناء
انما يعتمد على نوع التدريب الذى تلقوه من قبل . وحتى مع الاستعداد للسلوك بطريقه
عدوانيه فان العدوان لا يتم ما لم تتوفر له منبهات ترتبط بعوامل انفعال الغضب
سواء فى الماضى أو الحاضر . وأيا كان مصدر هذه المؤثرات أو المنبهات فان
قوه الاستجابات العدوانيه تعتمد على كل من قيمه الدلاله العدوانيه للمنبه
وشده الاستعداد مثل حده الغضب أو قوه عادات العدوان . (باندوره

Bandura ١٩٧٧ ، ص ٢٠) .

بعض الحالات . (جنترى Gentry ١٩٧٠ ، ص ٧١٥)

ج : النظرية الاجتماعية التعليميه :

Social Learning Theory .

تنظر هذه النظرية الى العدوانية اساساً كشكل نوعى من السلوك الاجتماعى المتعلم الذى يكتسب ويستمر بنفس الطريقه التى يتم بها اكتساب باقى الاشكال الكثيره الأخرى من السلوك . وطبقاً لوجهه النظر هذه فان الكائنات البشريه لاتعتدى نظراً لما هو موجود وقائم بالداخل . ولكن الاندفاعات نحو هذا السلوك تستثار بواسطه تشريطات أخرى موجوده فى البيئه . ويلخص (باندوره) اسباب قيام الكائنات البشريه بالسلوك العدوانى الى ما يلى :-

- (١) لأنهم اكتسبوا الاستجابات العدوانيه خلال خيراتهم الماضيه .
- (٢) لأنهم تلقوا تعزيزاً أو مكافآت لآدائهم لبعض الافعال العدوانيه .
- (٣) لأنهم اثيروا مباشرة للعدوان بواسطه التشريطات البيئيه أو الاجتماعيه النوعيه والخاصه .

(باندوره Bandura ، ١٩٧٧ ، ص ٤٩)

ويقدم (باندوره) بعض البراهين والتدعيمات لصحة افتراضاته السابقه بأن السلوك

العدوانى متعلم ومكتسب مثل باقى اشكال السلوك فيما يلى :

أولاً : ان الكائنات البشريه لا تولد ومعها ذخيرته كبيره من الاستجابات العدوانيه التى

تضعها تحت تصرفها . ولذلك فهذه الاستجابات يتم اكتسابها بطريقه مشابهه

التعليمة دورا هاما في هذا النمط من السلوك .

ثانياً : يتساور الأطفال والراشدين الذين يتعاطون مكافآت مادية أو معنوية قيمه أو اجتماعيه عند توجيههم العدواني تجاه الآخرين . أه الاشياء من حولهم . وعلى سبيل المثال . اثناء الحرب يقدم للجنود الذين يقتلوا أكبر عدد من العدو والنياشيين والميداليات ، وذلك المصارعين المحترفين يكسبوا جوائز وهدايا قيمه عند صرعهم للخصم بطريقة عدوانيه جدا . وبالطبع لا يعزز السلوك تعزيزا موجيا دائماً بالمكافآت والهدايا ولكن يعطى السلوك العدواني نتائج ساليه مثل دخول السجن أكثر منه نتائج ايجابيه . وبحتاج السلوك العدواني الى تكرار التعزيز ليصبح ميل سلوكي قوي لدى الاشخاص .

ثالثاً : نظراً لأن السلوك العدواني متعلم فهذا يفتح المجال لتعديل وخفض السلوك العدواني عن طريق التشرطات المسئوله عنه في البيئه . ولهذا تعتبر أكثر تفأؤل من حيث التحكم والسيطره على السلوك العدواني عكس النظره الغريزيه أو الدافعيه .
(المرجع السابق ، ص ٥٦)

ويرى (ادmondson) انه طبقاً لهذه النظرية فان المسالك العدوانيه الجديده التي يتم تعلمها من خلال المشاهده أو التقليد تعلم الفرد ليس فقط كيف يكون عدوانيا بل ايضاً ما هي النتائج الممكنه التي يمكن ان تترتب على العدوان . أي ان المشاهده تعلم الافراد كيف يكونوا عدوانيين ولكن الممارسه الجديده

يلقى التعزيز بميل للتكرار طبقاً لهذه النظرية ولكن السلوك العدواني في كـنـسـير من المواقف يعتبر انابه أو تدعيماً في حد ذاته نظراً لأنه بخوض الاثارة الانفعاليه لدى الفرد طبقاً للنظرية الدافعيه الخارجيه أو الداخليه (العريزيه) . أو ان السلوك العدواني يؤدي إلى تقدير الذات . وخاصه عند تقبل المجتمع له مثل المصارعه أو الانتصار في الحروب وبالتالي يؤدي إلى جاذبيه اجتماعيه من قبل المجتمع له .

وعن طريق تعميم العثير يمكن ان يستجيب الفرد بشكل عدواني في مواقف أخرى غير مواقف التعلم الأصليه . ويرى (باندره) ان العقوبه أو التعزيز السالب للعدوانيه بدخول السجن أو خلافه يمنع السلوك العدواني ولكنه غالباً ما يعطى نموذج أو صورته لتعلم السلوك العدواني اكثر منه مانعاً له . أي أن العقوبه اذا اعتبرت محبطه طبقاً لوجهه نظر (الاحباط - عدوان) إلا انها تزيد من الاستجابات التنفيذيه أو الغضب الذي يصاحب أو يزيد من احتمال الاستجابه العدوانيه (اد موندس Edmonds ١٩٨٠ ص ٢٠)

د : النظرية التشريحيه والنفسولوجيه :

(١) العوامل التشريحيه :

يرى (عكاشه) ان كل من اللوزه في المخ والامجد الا والجهاز الطرفي

في السطح الأنسى للمخ مع التنبيهات الكهربائيه لأجزاء من الهيبوثلاموس لها علاقه بالعنف والعدوان (أحمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٩٨٣) .

كما يؤكد (روبرت) على ان " الأجدال " هي الجزء المسئول عن العدوانية نسر
المخ ، وهي جزء من الجهاز الطرفى ويعتبر أقدم جزء فى المخ من حيث النشأ الجنينى
والجهاز الطرفى مهم جدا للوظائف الانفعالية الدافعية التى تخص الحاجات البيولوجية
ويشمل الجهاز الطرفى عدد من المناطق أهمها الهيبوثلاموس والأجدال وقرن آمون.
ويتقدم استخدام تكتيكات الاستئصال والاثارة الكهربيه وجد ان حاجز الامجدال والهيبوثلاموس
جزئين مهمين جدا بالنسبه للعدوانية .
(روبرت Robert ١٩٢٨ ، ص ٢٠٩)

Genetice Factors

(٢) العوامل الجينية

وبوجد الآن اهتمام خاص بالكروموسومات المسئولة عن الشذوذ (Abnormality)
وكناتج من الآباء والأولاد يوجد زوج من الكروموسومات يطلق على الكروموسوم الجنسى
هو (x للاناث) ، (y للذكور) والصيغه الرمزيه للاناث هي (x x) وللذكور
(xy) أى ان الفرد الحامل للكروموسوم (x x) يصبح انثى والحامل للكروموسوم (xy)
يصبح ذكرا . ولكن تحدث بعض الاخطاء الجينية فمثلا النمط الجينى (x x y)
نمط ذكرى يحمل بعض الخصائص الانثويه نظرا لوجود (x) فيميل الى الطول والنحافة
وتأخر عقلى ونمو الصدر مبالغ فيه وعاجز عن الانجاب وأقل عدوانية . وهناك افراد
نمطهم الجينى يكون (x yy) يلاحظ ان اغلبهم من ذللاء السجن أى يعتبرون
ذوى نمط ذكرى زائد أكثر عدوانية وهؤلاء الافراد يكونوا أطول من المتوسط

وهذا ما سجلته منظمه الصحة العالميه عام (١٩٧٠) .

(روبرت Robert ١٩٧٨ ص ٣١١)

ويذكر (روبرت) عدد من المشاكل الخاصه ببحث هذه العوامل وكيفية فصلها

أو الحصول عليها .

* * انه ليس من السهل الحصول على النموذج الكروموسومى (XYY) .

* * المعدل الاساسى لحدوث النمط الجينى (XYY) فى المجموع العام غير معروف . وفى

بعض الأحيان يتم اختيار هؤلاء الأفراد بالرجوع الى صفتين هما الطول الزائد والسلوك

المضاد للمجتمع . والمده الزمنيه المفترضه للحصول على هذا الكروموسوم الزائد (Y)

هى (٥٠ سنه) على الأقل .

* * انه يمكن تفسير الاختلافات فى الأنماط السلوكيه الناتجه عن هذا النمط الجينى

هرمونياً بزيادة الهرمون الجنسى الذكرى . (المرجع السابق ، ص ٣٠٣)

(٣) العوامل الفسيولوجيه والهرمونييه :

أكد (احمد عكاشه) فى دراسه له على الافراد القتله الذين يتميز سلوكهم بالعنف

ومن الموجودين بالسجون أو مستشفى الامراض العقليه . أنهم يتميزوا برسم مخ شاذ .

وهذا يؤيد نظره الاساس الفسيولوجى للعدوان .

(احمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٨٣)

تام (ولييم Willian ١٩٧٥) بتجميع نتائج الدراسات التى تمت خلال

وتم اختيار عينه تتكون من (٣٣٣) حالة من العينه الكبيره مع استبعاد الحالات التي لم يثبت قرار اتهامهم . وتم تسجيل رسم المخ لكل حاله مع تاريخ الحاله وتم استبعاد أيضاً الحالات التي تعاني من نوبات صراع أو اصابات مخيه أو من المتخلفين عقلياً . وبمقارنته رسم المخ الكهربى لمجموعه العدوانيين المحترنين ومجموعه أخرى ارتكبت جرائم عنف ولبسوا محترنين . فوجد شذوذ فى رسم المخ بنسبه (٦٥ ٪) بالنسبه للمجموعه الأولى (٢٤ ٪) بالنسبه للمجموعه الثانيه ، (١٢ ٪) بالنسبه للمجموع الكلى العام . وأيضا (١٢ ٪) بالنسبه لمرتكبي الجرائم العسكريه العنيفه . أى تساوى النسبه فى المجموع العام . والشذوذ فى تسجيل ال (E E G) للمجموعه العدوانيه المحترفه اشتمل الجزء الأمامى من المخ ويحتل ثلاثه أضعاف الخلفى . بينما الفصوص الصدغيه تأثرت فى الكل . ووجدت بنسبه (٨٠ ٪) أو أكثر . وكل هذه الدلائل الكلينيكيه الفسيولوجيه تؤدى الى العقابليه العاليه لدى الأفراد للعدوانيه المرضيه الدائمه .

(وللم William ١٩٢٥٠ ، ص ١٨٥ الى ١٩٢)

ويقرر (روبنسون Robinson) انه بتقديم تكنيكات الفحص الكيمايى وجد ان هناك مواد تتركز فى المخ كنتاج من التمثيل الغذائى أثناء القتال أو الهزيمه . وتحليل تلك المواد الكيماييه يمكن تحليل التغيرات التي تحدث تحت تلك الشروط . ولوحظ ان الفئران الذكه، عند عزلها أو فصلها بمفردها تصبح اكثر تهيجا وأكثر ميلا للمبادئه بالقتال والهجوم . ومثل هذه التغيرات تصاحبها تغيرات كيميائيه فى المخ . ومن أمثله تلك المواد الكيماييه

والسيروتومين (Serotonin) ويتم تمثيلها غذائياً ببطي . واذ استمر احباط أو نشل الفئران لعدّه طويله فيصاحب ذلك تغيرات في بلازما هرمونات الفئران ويصاحبها بالتالى زياده في الحامض الوراشى (R N A) في مناطق معينه من المخ . ويحدث ذلك زياده في نشاط هذا الحمض مما بيؤدى الى اضطراب في تخليف البروتين ونسبى النشاط العصبى عموماً . (روبنسون Robinson ١٩٧١، ص ٢٩٢)

وحاول (موير Moyer) أن يوجود علاقته بين نسبة هرمون التستسترون والسلوك العدوانى لدى مجموعه من العساجين عدد ها (٢١ تجين) ويتراوح عمرهم الزمنى من (١٩ الى ٢٢ سنه) أى متوسط العمر الزمنى (٢٦ سنه) . وحدد نسبه الذكاء فوجد ها (٩٠) واستغرقت فتره الدراسه أسبوعين . وقسم المجموعه الكليه الى مجموعتين حسب درجه العنف والعدائيه والعدوانيه بتطبيق قائمه الى (بص ودوركي Buss-Durkee) ومقياس القلق ومقياس الاستحسان الاجتماعى أو الجاذبيه الاجتماعيه (Social desirability) ويتحليل بلازما التستسترون وتأريخ الحاله لكل سجين وخصوصاً السلوك الاجرامى الذى مارسه من الطفوله حتى (١٩ سنه) . فوجد أن (١٠) من بين المجموعه الكليه (٢١) سجين سجلوا جرائم عنيفه وارتكبوا حوادث عدّه خلال تلك الفتره ووجد معامل الارتباط بين نسبه بلازما التستسترون (Testosterone) العالیه لديهم ونسبه الجرائم (٦٥٪) . بينما الاحدى عشر الباقين لم يسجلوا حوادث عنيفه مثل المجموعه الاولى ولم يسجلوا ايضاً مستوى عالٍ

السيكولوجيه المختلفه وتاريخ الحاله . ولهذا يقترح (موير) ان السلوك العدواني العنيف يعزى الى زياده نسبه التستسترون خلال فتره الطفوله والمراهقه .

(موير Moyer ١٩٧٦ ، ص ٢٢٩)

وتام (سكوت Scott) بعده محاولات في هذا المجال على المساجين أيضا من الذكور . ووجد ان زياده نسبه (التستسترون) هي المسئوله عن السلوك العدواني العنيف (سكوت Scott ، ١٩٧٧ ، ص ١٢٩) .

ثانيا : محددات السلوك العدواني :

Determinants of Aggressive Behaviour

يقسم العلماء المهتمين بدراسه السلوك العدواني تلك المحددات الى (أ) محددات اجتماعيه (ب) محددات بيئيه (ج) محددات موقفيه وسنتاول كل منها بالتفصيل :

(أ) محددات اجتماعيه :

لخص كل من (روبرت Robert) ، باتدوره (Bandura) المحددات الاجتماعيه في ثلاثه محددات هي : الاحباط (وقد سبق شرحه) - الاستفزاز البدني واللفظي - التعرض لتماذج عدوانيه . وسنتاول كل منها بالتفصيل :

✱ ✱ الاستفزاز البدني واللفظي :

Physical and verbal Provocation

يرى (روبرت ب .) أن الاستفزاز البدني واللفظي من الآخرين يؤدي غالبا الى اثاره الافعال العدوانيه الشديده جدا . وأطلق على استجابات العدوانيه وترتيبها من حيث

بتعرض الأشخاص لنماذج عدوانية عنيفه . فأظهر هؤلاء الأشخاص مستويات عدوان ضد الآخرين عنه لدى الأشخاص الذين لم يتعرضوا لمثل هذه النماذج العدوانية .
(روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١١٢)

٢- والمعاصر الثاني من البحوث اهتم بالتأثير الممكن للعنف للمشاهد من خلال التلفزيون وبخاصه تأثيره على سلوك الأطفال .
(باندوره Bandura ١٩٧٢ ص ٤٢)

(ب) محددات بيئيه للعدوانيه :

ان المتغيرات الفيزيقيه البيئيه من حول الانسان تؤثر على حالته الفسيولوجيسه وبالتالي فالحاله الفسيولوجيه لأي شخص تؤثر على آرائه وانكاره وسلوكه عموماً . ولهذا يرجح عدد من العلماء بأن العدوانيه تتأثر بالبيئه الفيزيقيه من حول الافراد . ولهذا يرى (روبرت Robert) ان السلوك العدواني يتأثر بالعوامل البيئيه الفيزيقيه مثل الضوضاء ودرجة الحرارة والازدحام وغيرها . (روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١١٤)

(ج) محددات موقفيه :

وتخص المحددات الموقفيه المفاهيم المختلفه للسياق العام الذي يحدث خلاله مثل هذا السلوك العدواني . وتكثرت الابحاث في هذا المدخل على عاملين هما :
تأثير العقاقير (الادويه) - زياده الاثاره الفسيولوجيه .

*** تأثير العقاقير : Drugs

اتجه (موير Moyer) الى دراسته أثر بعض العقاقير على اثاره السلوك العدواني
فقام بسلسله دراسات حول أشر كل من الكحول والمريهوانه Merihuana
على اثاره السلوك العدواني أو احباطه . ونتائج الدراسات افترضت ان كل من المريهوانه
والكحول لهما دور في اثاره السلوك العدواني تجاه الآخرين . ولكن اتجاه وحجم هذه
التأثيرات تبد ومختلفه كثيرا فيما بين هذين العقاقيرين .

موير Moyer ١٩٧٦ ، ص ٢٢٩)

*** زياده الاثاره الفسيولوجيه :

Heightened Physiological Arousal

لقد توصل (زيلمان Zillman) بعد عديد من التجارب الى نتائج في هذا المجال
أوضحت ان زياده الاثاره الفسيولوجيه المتنوعه المنبثقه عن المشاركه في الأنشطة
التنافسيه والتدريبات الصعبه القويه والتعرض للانفلام المشيره تستطيع اثاره العدوانييه
تحت بعض الشروط . وتعني كلمه (تحت بعض الشروط) التأكيد على العوامل الموقفيه
التي تعطى هذه التأثيرات تحت عوامل محيطه خاصه ونوعيه . وتلخص هذه الشروط فيما
يلى :-

- تؤدي زياده الاثاره المحدثه للعدوانييه الى حدوث السلوك العدواني اذا كان هذا
السلوك استجابيه ساعده أو قويه . واذا اكان العكس فلا تكون العدوانييه . ولا تزيد

٢- والعامل الثاني الذي يظهر ويحدد الى أى مدى زياده الاثارة الفسيولوجيه تؤدى الى زياده العدوانييه . وهى الطريقه التي يعنون (label) أو يأول بها الشخص هذه الشاعر . (زيلمان Zillman ، ١٩٢٩ ، ص ٤٢) .

ثالثا : علاقته العدوانييه بالعدائيه :

لقد اخذ مفهوم العدوانييه والعدائيه اهتمام كبير . وبخاصه دراسه طبيعه كل منهما والفروق بينهما . وقد فرق بص (Buss) بين العدوانييه والعدائيه ويعزى العدائيه الى العدوانييه المدعمه بالأذى ، وأنها تشتمل على التقديرات السالبه للأشخاص والأحداث . وقد حاول (بص) التمييز بين العدوانييه والعدائيه ففى النقاط التاليه :-

* أن العدائيه استجابته اتجاهيه وتتضمن استجابته لفظيه للتعبير عن المشاعر السالبه والتقديرات للأحداث والأفراد . والاستجابته العدائيه ليست وسيليه ولا أخونوميه . وأكثر من ذلك تشتمل على التأويل والتقييم للمشير . والتقييم السالبه له تأثير على الآخرين الا اذا تم التعبير عنه لفظيا . أى تأخذ القسم السالبه من العدوانييه أى الجمل الخاصه بوصف الشعور . وهذا لا يعنى ان العدائيه والعدوانييه شئ واحد (identical) ولكن ابعده من هذا ان العدوانييه تشتمل على مكونات عدائيه .

فإن العدائيه تستنتج من السلوك العدواني الآخر .

* * تتكون العدائيه من الهجمات المضاده الزائده على الذات الفرديه والتبذ والحرمان .
* * ويمكن النظر الى العدائيه على انها استجابه غضب مشروطه وليست لديها صفه
الاتنومييه - بالاضافه الى الاستجابات الكامنه الناتجه كردود فعل غاضبه ناتجه
عن ادراك المشير المغضب . فترتبط هذه الاستجابات الكامنه مع الاستجابات الغاضبه
فتصبح استجابات عدائيه .

* * وحيث أن العدائيه تنمو وتتطور على اساس العبارات اللفظيه التي تحدد فئه المشير
ونوعه . وهذه الاستجابات اللغويه لا توجد الا في الانسان ولذلك فالعدائيه قاصره
على الجنس البشرى لا تملكه الميكانيزمات والاستجابات الرمزيه (بـص Buss ١٩٦١
ص ١٢ الى ١٦) ورغم محاوله (بـص) التمييز بين العدوانييه والعدائيه الا انه
صم مقياسا (قائمه) لأنماط السلوك العدواني اشتملت على ثمان فئات سلوكيه
لم تفرق بين العداء والعدوان . أطلق عليها قائمه بص ود بيركي (B.D.I)
Durkee- I .- ورغم ان المدخل النظرى اكل من (بـص Buss) و
(فولدز Foulds) بيدو مختلفا الا ان انماط السلوك التي يعكسها مقياس كسل
منهما للعدوانييه أو العدائيه تتشابه معا . فعامل العدائيه العامه على مقياس
(HDH Q) يشابه العدائيه الكامنه عند (بص) . وهذا ما اثبتته (كلارك
Clark) في دراسته . وقد سبقه (بندنج Bending ١٩٦١) باجراء

(Overt Hostility) والعدائيه الكامنه (Covert Hostility)

وصم على اساسها مقياسه للعدائيه (بندنج Bendind ١٩٦١ ص ١٩٠) .

وهذان العاملان يقابلان العقابيه الخارجيه والعقابيه الداخليه على قائمه

(فولدس) على الترتيب . ولهذا تعتبر قائمه (HDHQ) أكثر تطوراً من كل

من قائمه (B.D.I) ، قائمه (بندنج) . كما تتنازع بتوضيحها لاتجاهات

العقابيه للداخل أو الخارج .

ويرى (ادmondus) ان العدائيه الظاهره في مقياس (بندج) تشبه عامل تمخرج العدائيه

على مقياس فولدس (AH) أو العدائيه في مقياس (بص) والعدائيه الكامنه في مقياس

(بندج) تشبه عامل العدائيه العام عند (فولدس) أو العدائيه الكامنه في مقياس

(بص) " (ادmondus Edmondus . ١٩٨٠ ، ص ١٩٩٥ م)

الا ان (ادmondus) يرى ان العدوانيه والعدائيه كلاهما يشتمل على الرغبه في ايدان

الآخرين . وطبقاً لتحليل (بص) فان كلا من شكلي السلوك عدواني لاشتغالها على

العشير الضار أو المغضب وكلاهما أيضاً وسيلي وأوضح (ادmondus) الفرق فيما يلي

يستخدم اصطلاح العدائيه (hostility) والعدوانيه المدعمه بالاذى للاشاره

الاستعدادات المدعمه تدعيماً جوهرياً (intrinsically) (داخلياً) .

ويضيف (ادmondus) الى ذلك ان (بص) على الرغم من محاولته التفريق بين

العدوانيه والعدائيه الا انه لم يضع تعريفاً اجرائياً محدد لكل منهما .

والعدوانية العدائية (hostile aggressiveness) وهذا الاصطلاح الأخير ورد في كتابات (باندوره) عن العدوانية أيضا .
(اد موندهد Edmond ، ١٩٨٠ ، ص ٢١ ، ٢٢) .

وقد قام (زيلمان) بالتمييز بين العدوانية والعدائية أيضا . ولكن من حيث حالتها الدفاعية . ويتلخص هذا الفرق في النقاط التالية :-

* * أى أو كل نشاط يقصد به الشخص الايذاء البدنى أو الألم لشخص آخر . وهذا الأخير مدفوع لتجنب هذا السلوك . فيطلق عليه سلوك عدواني .

* * أى أو كل نشاط يقصد به الشخص الايذاء لأخرين أكثر منه تدميرا جسيما . أو ألما جسيما لشخص مدفوع لتجنب مثل هذا السلوك فيطلق عليه السلوك العدائى .

* * أى أو كل نشاط تواصلى (communicative) أو تفريقى (conveying) أو انتالى . يقصد به الشخص التصرف بطريقه عدوانيه أو عدائيه تجاه شخص آخر معتمده أو غير معتمده على شروط معينه . فيطلق عليها التهديد العدوانى . (threat of aggression) أو التهديد العدائى (threat of hostility)

على الترتيب .

* * أى أو كل نشاط يشير الى السلوك العدائى او العدوانى ولكن لا يقصد الشخص القائم به ايذاء أو ضرر شخص آخر . فيطلق عليه سلوك تعبيرى expressive behaviour الذى ربما لا يرتبط أو يرتبط بحاله الغضب أو الضيق .

x x أى أو كل حالة من الميل أو الرغبة في الاعتداء على ، أو عدائى تجاه ، أو تهديد شخص يطلق عليه استعداد عدوانى أو عدائى أو تهديدى على التوالى (زيلمان Zillmen ١٩٧٩ ص ٣٢ . ٣٣)

وقد حاول (زيلمان) تقديم انماط سلوكيه لتفسير العدائيه والعدوانيه بشكـل
اكثر دقه ولكن يمكن تلخيص الاسس الثلاثه التي اقام عليها (زيلمان) كيفيه التمييز
بين العدوانيه والعدائيه .

أ : توجيه العقوبه أو الضربه الجسديه للاصابه . في مقابل توجيه الضرر للإيذاء
وليس للاصابه الجسديه . ولكن في اصطلاحات اكثر عموميه .

ب : النيه أو القصد في توجيه الضربه أو الإيذاء في مقابل التعبير عن الغضب
أو الازعاج أو أى خبره غير ساره .

ج : التواصل (communication) للتهديد . في مقابل توجيه ضربه
للإيذاء أو التعبير عن الغضب (المرجع السابق ، ص ٣٤)

ويختلف (فولدس Foulds) عن الآخرين في علاقته بين العدوانيه والعدائيه
فيعزبهما في نظريته الى العقابيه (punitiveness) أى الى دافع
واحد هو عقاب الذات أو العالم الخارجى . ويرى ان العقابيه هى ميكانيزم أساسى
يساعد على تحديد العرض الشخصى . الذى يقع على متصل من زياده درجه الفشل
في اقامه أو الحفاظ على العلاقات الشخصيه المتبادله والاغلبيه من الافراد تستطيع
التأثير على غيرها . وتكون اكثر نجاحاً في اقامه علاقته شخصيه تقوم على التعاون والتبادل .
وإذا لم يحدث ذلك ءانوا من الضغوط والاجهاد (stress) ويلجأوا الى لسوم
الذات أو لوم الآخرين .

ويطلق عليه التمرکز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) أن العقابيه هي ميكانيزم اساسى اتجاهى مناسب لقياس درجه التمرکز حول الذات . وهنا يفترض (فولدس) ان العقابيه هي ميكانيزم أساسى اتجاهى مناسب لقياس درجه التمرکز حول الذات والعرض الشخصى . ويفترض أيضا ان العدائيه دافع متكامل ويتجه نباشره الى الذات أو الى العالم الخارجى ضد الاشخاص أو الاشياء . وأول من استخدم اصطلاح عقابى داخلى (intropunitiveness) وعقابى خارجى extropunitiveness هو (روزنزويج Rosenzweig) لتحديد اتجاهات العدائيه . ويرى (فولدس) ان - eness - العدائيه والعدوانيه دافع واحد متكامل (unitary drive) يأخذ شكلين رئيسيين هما عقابى متجه للداخل وعقابى متجه للخارج . وعلى اساس نظريته هذه صمم مقياس يشمل مدى واسع من العدوانيه والعدائيه واتجاه العدائيه

(فولدس Foulds ١٩٦٥ ص ١٨-٢٤)

ويتضح مما سبق مدى الترابط بين العدوانيه والعدائيه الذى عبر عنه (فولدس) فى نظريته عن العامل العام للعدائيه أو ما يطلق عليه العدائيه العامه التى تشتمل على كل انماط السلوك العدوانى والعدائى . ولذلك كان اختبار (فولدس) انسب القوائم للدراسه السيکوسوماتيه لظهار اتجاه العدائيه العامه . وتوضيحه لمفهوم العقابيه سواء كانت عدوانيه صريحه أو كامنه غير مباشره .

وفى دراسه عن العلاقه بين مقياس العدوانيه والعدائيه فقد قام (كلارك Clark)

مرتفعه على المقياسين السابقين . ووجد ايضاً ارتباط ذو معامل عالى بين الدرجه الكليه على قائمه (B.D.I) والعامل العام للعدائيه على اختبار العدائيه واتجاهها (كلارك Clark ، ١٩٧٠ ، ص ٢٢٥)

ووجد (ليفون ميلكيان وحسين الدرينى) فى بحث عن نظاهر السلوك العدوانى لدى طلبه المرحلة الاعداديه والثانويه فى قطر ان العدائيه لها دور فى ازكاء السلوك العدوانى التدميرى لدى هؤلاء الطلاب المراهقين . ووجد ايضاً ان السلوك العدوانى الظاهر يقل بنقدم السن والفرق الدراسيه ويتجه العدوان للداخل أكثر . أى ان العدائيه الموجه للخارج لدى طلبه المرحلة الاعداديه أكثر منه لدى المرحلة الثانويه . (لينيون ميلكيان ، وحسين الدرينى ، ١٩٨٣ ، ص ٢٤)

ويرى كل من (بك Beck ، ١٩٧٦) ، (كيندل Kendell ، ١٩٧٠) ان كل من العدائيه والعدوانيه هى المشاعر والاتجاهات السالبه عن الآخرين أو العالم من حولهم وعن الذات . فى الابحاث التى قام بها كل منهما . فقد قدم (بشك) نظريته المعرفيه فى الاكتئاب التى فسر بها تطور حدوث الاكتئاب عن طريق العدائيه (hostility) .

رابعاً : العدوانيه والعدائيه ولاقتهما بأبعاد الشخصيه :

حاولت كثير من العلماء المهتمين بدراسه العدوانيه والعدائيه دراسه علاقته بين

هى الابعاد الانفعاليه عند " أيزيك " حسب نموذج .

وقد اعتبر (بـ Buss ، ١٩٦١) العدوانيه متغير من متغيرات الشخصيه
أى كمجموعه من الاستجابات الثابته والواسعه . فقد عرف العدوانيه بأنها استجابته
لكل من الاحباط أو الهجوم . وربما تكون مساعده على اكتساب أو الحصول على هدف ما .
وهذه الاستجابته ترتبط أو لا ترتبط بحاله انفعاليه ضعيفه . وتختلف العدوانيه تبعاً
لخصائص الأفراد . وهناك فروق فرديه بالنسبه لشده الاستجابته وتكرارها .
(بـ Buss ، ١٩٦١ ، ص ١٨٣)

ويرى (بـ) ان هناك عدداً من العوامل المسئوله عن تطور العدوانيه ونموها
بالاضافه الى النماذج الوالديه والتعلم والعوامل البيئيه وهى :

١- الاندفاعيه أو التهور implosiveness

٢- شده الاستجابته أو رد الفعل . intensity of reaction

٣- مستوى النشاط والاستقلاليه . (المرجع السابق ، ص ١٨٤)

وحاول (ادموندس) تقديم مقارنه توضيحيه لكل من هذه العوامل السابقه والابعاد
حسب نموذج (أيزيك) . وتوصف الاندفاعيه كعدم القدره على التعامل أو تقبل الفشل
ويشبه مفهوم الاندفاعيه مفهوم الانسباط عند (ايزيك) . ويشير مستوى النشاط
الى الطاقته المستخدمه بيوعياً فى الانشطه المختلفه . وهذا الجزء محدد بالهرمونات

النشاط وفراط الدم (hypermania) . وتنظم الأفراد تصاعدياً على هذا المتصل حتى تنتهي بالعدوان . وهذا طبقاً لسلوكياتهم والعلاقات الاجتماعيه وخصوصاً المواقف التافسيه والاقترحات الاجتماعيه (social intrusiveness) . ومستوى النشاط كمتغير من متغيرات العدوانييه عند (بص) له علاقه بعاملين من عوامل الشخصيه . فدرجه النشاط الاجتماعى للفرد له علاقه بالاجتماعيه فى عامل الانبساط عند (أيزنك) . وفكره المتصل عند (بص) يشبه فكره الاثاره عند (أيزنك) . وتشبه أيضاً وصف (أيزنك) للشخصيه الانبساطيه العصائيه (Eysenk ١٩٦٧) وطبقاً لفكره (بص) عن شده رد الفعل (أو الاستجابه) فهناك فروق بين الافراد فبعض الافراد يعطون شده استجابيه عاليه جداً بينما يعطى الفرد الآخر استجابيه معتدله لنفس المثير . وهذا المفهوم يشبه مفهوم (أيزنك) عن التنشيط (activation) ويفترض (بص) ان الافراد ذوى درجه رد الفعل العاليه يظهر عليهم غيظاً ومعاناه شديده لنفس المثير الذى يستجيب له الآخرين استجابيه معتدله من الغضب . وبهذا الغضب الشديد تزداد القابليه لزياده العدوانييه .

والمتغير المزاجى عند (بص) للاستقلاليه يشتمل على عدد من السمات ومنها :

- (١) الرضا الذاتى (٢) المقاومه لضغوط الجماعه . (٣) الثوره والتعرد .

وطبقاً لفكره (بص) هذه عن الاستقلاليه فالشخص المستقل يصبح عدوانياً نتيجة للضغوط لكى يساير المجموعه . وهذا النمط من السلوك يشبه النمط الذى وصفه (أيزنك)

ويرى (أد موندس) ان هذه التفسيرات لم تحدد بوضوح لدى (بص) بل وضحاها (أيزنك) فى بعدين اساسيين . أطلق عليهما بعدى الانبساطيه والعصابييه . والفروق الفرديه فى بعد الانبساطيه يعزيبها (أيزنك) الى الفروق فى درجه القابليه للتشريط . وفسيلوجيا يعزى الفروق الى الاختلافات فى نظام التنشيط الشبكسى .
(أد موندس Edmondus ١٩٨٠ ص ٢٦)

ويصف (أيزنك) النمط الانبساطى بالتهور وارتنكاب الأخطاء وتقلب المزاج . ويميل الى العدوان . وينظر (أيزنك) الى العدوان كأحد السمات المحدده للانبساطيه . ويرى ان الاجتماعيه وتطور نمو الضمير يتم من خلال عمليه التشريط . ويرى أن تشريط الانطوائيين أسهل من تشريط الانبساطيين . وأن الانطوائيين أقل عدوانيه من الانبساطيين ويفترض أن نظام التشريط لدى الانبساطيين به خلل ويمكن التحكم فيه للتخلص من الاستجابات العدوانيه الزاعده . ويرى (أيزنك) أن الانفعاليه والعمابيه والقلق يعملوا كدافع للحالات المنفعله كى تصبح أعلى استنثاره عندما تواجه بمشعر معين .
(أيزنك Eysenck ١٩٦٧ ص ١٢٢)

وتشبه فكره (أيزنك) السابقه فكره (بيركوتيز Berkowitz) عن الشخصيه العدوانيه بأنها شخصيه لديها مخزون من الطاقه العدوانيه المكبوته ولكنها سريعه الغضب . وعندما يستنثار هذا الغضب فان استجابتها تكون عدوانيه أكثر من الشخصيات الأقل عدوانيه . (بيركوتيز Berkowitz ١٩٦٢ ص ١٢٠)

التي سبق شرحها .

وكل هذه الافتراضات السابقة هي محددات وصفية نظريه تُؤدى الى التداخل والتوازي بين المصطلحات أكثر منه تحديدا إجرائياً . وهذا دفع كثير من الباحثين لدراسه هذه العلاقه بين متغيرات العدائيه والعدوانيه وابعاد الشخصيه العامه .

فقد قام (بندنج Bending) بإجراء تحليل لهذه العلاقه بين العصائيه أو الانفعاليه وبعد (الانبساط) حسب نموذج (أيزنك) وعاملى العدوانيه والعدائيه فوجد ان الانبساطيه لها ارتباط دال مع العدائيه الظاهره . كما تُقسم العدائيه الى عدائيه ظاهره وعدائيه كامنه فى دراسته (١٩٦١) كما وجد ان عامل العدائيه العام له ارتباط مع العصائيه (N) . (بندنج Bending ١٩٧٢ ، ص ١٨٠)

ولقد تبع (بندنج) دراسات عديده لمحاوله تفسير العلاقه بين بعض المتغيرات فى ابعاد الشخصيه وكل من العدوانيه والعدائيه . وعلى سبيل المثال :

دراسه (فروست Frost ١٩٧٢) عن الانبساطيه والعدوانيه . فوجد ان الانبساطيه كما تقاس بقائمه (أيزنك) للشخصيه (E.P.I) مشبعه بعامل العدوانيه ولكنها متناقضه مع عامل العقابيه الداخليه وليس لها ارتباط دال مع مقياس العدائيه الظاهره لبندنج (فروست Frost ١٩٧٠ ، ص ١٤٢) وهذا بالرغم ان (بندنج) أثبت ان العدائيه الظاهره لها معامل ارتباط دال مع الانبساطيه كما سبق . وهذا يوضح التناقض فى النتائج رغم ان أداءه المقياس فى الحالتين واحده .

وفى دراسته أخرى قام بها (بورن Burn ١٩٧٢) لدراسة ابعاد العدوانييه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه . فقام باجراء التحليل العاىلى ل (١٧) مقياسوهم اختبار بندنج للعدائيه (العدوانييه الظاهره ، العدائيه الكامنه) واستخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) (٥ مقاييس فرعيه) وقائمه (بص وديركى) للعدائيه (٨ مقاييس فرعيه) . وبعض مقاييس الشخصيه المشتقه من اختبار (منيسوتا- المتعدد الأوجه للشخصيه) (MMPI) مثل الاندفاعيه الذى افترض أنه يقيس كل من الانبساطيه والعصابيه . بعد تطبيقها على (١٦٥) مريض باضطراب نفسى وبعد اجراء التحليل العاىلى توصل الى ما يلى :

- (١) الارتباط بين الانبساطيه والعدوانييه بسيط وسالب (- ٠١٩) ولم يستطيع فصل عامل الاندفاعيه كعامل عام للانبساطيه .
- (٢) وجدان اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) مشبع بمقاييس (بص) الثانويه . وأطلق عليه العامل العام للعدائيه . فمعامل الارتباط بينهما يصل الى (+ ٠٧٢) فهو ترابط موجب وعالى .
- (٣) الارتباط بين الانبساطيه والعدائيه سالب وبسيط فوصل معامل الارتباط الى (- ٠٣١) .
- (٤) الارتباط بين العصابيه والعامل العاىلى للعدائيه على اختبار العدائيه واتجاهها على وكذلك مع العدائيه الكامنه على مقياس (بندنج) .

(٥) الانيساطيه والعدوانيه الظاهره يرتبطان معاً . (وقد اثبت ذلك (بندنج)
كما سبق ولكن نتائج (فروست) تناقض ذلك .

(بورن Burn ١٩٧٠ ص ٢٠ - ٢٦)

خامساً : بعض الدراسات عن العدوانيه والعدائيه :

(١) دراسة (يانان ريمون (Yanan Remon, R. ١٩٧٣)

بعنوان : العامل الروماتيزمى وديناميات العدوانيه لدى المرضى بروماتيزم المفاصل
من الاناث .

الهدف : هو دراسه الفروق فى ديناميات العدوانيه بين المجموعتين (SP) ،

(SN) .

العينه : تتكون عينه الدراسه من (١٧) مريضه بالروماتيزم المفصلى لديها

أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلى أطلق على تلك المجموعه (SP)

(Sero-Postive) ، (١٧) مريضه بروماتيزم المفاصل (SN) ليس لديها

أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلى وأطلق عليها (Sero-Negative) وذلك

لحسم عامل الوراثه ودوره فى نشأه المرض . رغم مجانسه المجموعتين من حيث العمر

الزمنى - الزواج - المستوى الاجتماعى - مرحله المرض - المستوى الوظيفى - استمرار المرض

وتم مقارنتهم فى أزواج متقابله .

الادوات : استخدام الباحث قائمه (بص ودركى) (B.D.I) لقياس العدوانيه

والعدائيه والاتجاهات العدائيه - وتقدر العدوانيه العامه بحاصل جمع المقاييس الفرعيه الشائيه .

النتائج : سجلت المجموعه (SN) درجات على قائمه (B.D.I) تقارب المستويات

السويه . واكتنها تساوى نفس درجات العرضى فى المستشفى بأمراض أخرى .

ومتوسط درجات المجموعه (SP) هو (٢٩ر٥) أكبر من متوسط درجات

المجموعه (SN) وهو (٢٣ر٣) والفروق بينهما داله عند مستوى دلالة

(٠.٥) . ويدراسه الباحث للمجموعتين من حيث بدايه المرض ووجود

ضغوط حياه ترتبط ببدايه المرض . فوجد ان المجموعه (SN) ترتبط مع

النموذج (M.C.G) أى المجموعه الصراعيه (Magor conflict - Group)

والمجموعه (SN) ترتبط مع النموذج (M.C.G) أى المجموعه

غير الصراعيه (Magor conflict) وقد فسر الباحث النتائج

السابقه من حيث ديناميات العدوانيه . فوجد ان المجموعه (SP) أقل

من حيث القدره على تفريغ اندافعيات العدوانيه . وتظل لديها عمليه كف

للتعبيرات العدوانيه :

واكد (ريبون) على ضروره دراسه بروفييل الشخصيه المرتبط مع

ديناميات العدوانيه بالاضافه الى محدد ضغوط الحياه الذى أكد على وجود علاقته

بينه وبين نماذج العدوانيه للاناث المرضى بروماتيزم المفاسل .

الروماتيزميه باختياره للمجموعتين (SP) ، (SN) على أساس ظهور المرض لدى أحد الاقارب بدراسه سلاسل الأسره وأفرادها في المجموعتين . فهذا ليس بـكاف لتحديد العامل الوراشي فربما الفرد حامل للصفه الوراشيه ولكن لا تظهر عليه مورفولوجيا كما هو معروف في الوراشه . وكذلك ربما يرث الفرد الاستعداد للاصابه ولكن لا تظهر عليه الاصابه فعلا الا اذا توافرت شروط أخرى . وبالإضافه الى ذلك مراجع التاريخ الطبي والمرض للأسره والاقارب ليس معيارا صادقا يتسم بالدقه . والهدف الاساسي من الدراسه هو الفروق بين ديناميات العدوانيه لدى المجموعتين . وجاءت النتائج معتمده على المتوسط الحسابي وليست موضحه للديناميات وربما يرجع ذلك الى ان الباحث استخدم اختبار سيكومتري وحده دون الاستعانه بالمنهج الكلينيكي وفنياتـه التي تعين على اظهار الديناميات بالإضافه الى عدم مقارنه متوسط المجموعتان بمتوسط مجموعه سويه أخرى كمجموعه ضابطه بدلا من عقد المقارنه بين المجموعتين فقط . والقائمه المستخدمه لقياس العدوانيه والعدائيه لا تعطى الاتجاهات العدائيه وبالنسبه لمتوسط درجات المجموعه (SP) التي لديها اقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي (أي يوجد عامل وراشي مسئول) على اختبار (B.D.I) (٢٩٥) أي درجة العدوانيه لديها أعلى من الفئه الأخرى . هذا يطرح سؤال توضيحي ربما تكون درجة العدوانيه العاليه المسئوله عن المرض السيكوسوماتي . وربما أيضا دور العامل الوراشي الاستعدادي . وهذا لم يفسره الباحث . وخصوصا أن هذه المجموعـه .

بصراعات أو ضغوط حياه) . وأهم ما جاءت وأكدت عليه هذه الدراسه هو دراسه برونيل الشخصيه المرتبطه بديناميات العدوانييه . والتأكيد على وجود ضغوط انفعاليه مستمره تسبق الاصابه .

(٢) دراسه ريتا وريس : (Rita & Rees) ١٩٦٣ (فى لندن)

بعنوان : العظاهر النفسيه للصداع النصفى :

الهدف : تهدف هذه الدراسه الى بحث الافتراض بأن العوامل النفسيه ربما تساهم فى نشأه الاصابه بالصداع النصفى كما يلى :

(١) يوجد بعض السمات الشخصيه الخاصه التى تعتبر كعوامل مهيئه أو استعداديه للاصابه بالصداع النصفى .

(٢) الخبرات الانفعاليه الضاغظه أو المجهده (Stressful) تعتبر أيضاً كعوامل مهيئه للاصابه .

الادوات :

سسسس

١- قائمه أيزنك للشخصيه (E.P.I) .

٢- اختبار القلق أو التوتر - تم اشتقاقه من اختبار منيسوتا للشخصيه المتعدده الواجه

(M.M.P.I) .

٣- قائمه بص ودركى (B.D.I.) للعدائيه والعدوانييه .

٤- المقابلات الشخصيه . وتتضمن اسئله تدور حول التكيف الحالى النفسى والأسرى

الأولاد - الزواج - العمل - العادات السلوكية المحببه والمكروهه .

العينه :

تتكون عينه البحث بالاضافه الى المجموعه التى اجريت لها مقابلات شخصيه من ٦ مجموعات مقسمه كالاتى :-

- (١) مجموعه مريضه بالصداع النصفى التقليدى (Classic M) (أى يصحبه قىء وألم فى جانب واحد من الرأس) .
- (٢) مجموعه مريضه بالصداع النصفى الشائع (Common M) (لا يصحبه قىء والالم فى جانب واحد ايضاً) .
- (٣) مجموعه مريضه بالصداع غير النصفى (كمرض عضوى آخر) .
- (٤) مجموعه مريضه بالربو أو الأزمه الصدرية (Athmatic) وتعتبر هذه المجموعه ممثله لاضطراب سيكوسوماتى آخر . ولكن ليس صداع نصفى .
- (٥) مجموعه مريضه بالصداع النصفى وموجوده داخل المستشفى .
- (٦) مجموعه أسوياء كمجموعه ضابطه . ليس لديها أى اضطراب نفسى أو سيكوسوماتى ؛ أو عضوى . وكل مجموعه من المجموعات الستة السابقه يعيظها (٥٠) حاله من السيدات ، (٥٠) حاله من الرجال ، ومتوسط العمر الزمنى للسيدات (٤٣ر١) سنه ، وللرجال (٣٨ر٧) سنه . (٦٨ %) من الرجال متزوجين ، (٤٥ %) من السيدات متزوجات .

يوجد فروق داله على درجه العصابيه لدى حالات الصداع النصفي عنه لدى المجموعه الضابطه من الرجال والسيدات ، ومستوى الدلاله (٠.٥ ر) لكل المجموعات ولكن تزيد درجه العصابيه لدى المرضى بالصداع النصفي والموجودين داخل المستشفى عن بقيه المجموعات المرضيه . ولا يوجد فروق داله بين المجموعات المرضيه الأخرى . وتقع مجموعه الربو (بالنسبه لدرجاتهم على مقياس العصابيه) بين درجات المجموعه الضابطه ومجموعه الصداع النصفي ولكن الفروق بين المجموعات الثلاث غير داله .

٢- مقياس الانبساط :

أظهرت مجموعات الصداع النصفي كلها فروق داله احصائياً عند مستوى (٠.٥ ر) بالمقارنه مع المجموعات الضابطه . لكل من مجموعه السيدات والرجال أيضاً .
٣- بالنسبه لعامل الانفعاليه يوجد زياده داله احصائياً في درجات المجموعه المرضيه بالصداع النصفي عنه لدى المجموعه الضابطه والمجموعات الأخرى لكل من الرجال والسيدات (.

٤- وبالنسبه لمقياس القلق فقد حصلت حالات السيدات المرضيات بالصداع النصفي على درجه عاليه وداله احصائياً بمقارنتها ببقية المجموعات .

٥- وبالنسبه لمقياس الكذب (L) فلا يوجد فروق ذات دلالة احصائياً بين المجموعات كلها بالنسبه لهذا المقياس .

من مجموعات الرجال أو السيدات سواء العريضات أو العرضى أو المجموعه الضابطه .
٧- أمكن استخلاص دليل فاطع على مشاركته الضغوط الانفعاليه كعامل مهيبى فى الاصابه
بالصداع النصفى ، وتم استخلاص ذلك من المقابلات الشخصيه ودراسه التكيف الحالى
لكل حاله على حده .

٨- بالنسبه لمقياس العدائيه .

** حصلت السيدات العريضات بالصداع النصفى الموجودات بالمستشفى على درجات
ذات دلالة احصائيه على العامل (١) (السلوك العدائى) والعامل (٢) (الاتجاه
العدائى) عنه لدى المجموعه الضابطه . ومستوى الدلاله (٠.٥) ما عدا مجموعته
العريضات بالصداع النصفى الشائع . فلا يوجد فروق داله بينها وبين المجموعه
الموجوده بالمستشفى .

** ويوجد فروق داله احصائياً بين درجات الرجال المصابين بالصداع النصفى الكلاسيكى
عنه لدى المجموعات الأخرى على العامل (١) السلوك العدائى .
وبالنسبه للعامل (٢) الاتجاه العدائى فلا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بسين
المجموعات الأخرى و هذه المجموعه . أو بين المجموعات الأخرى وبعضها بالنسبه
للرجال .

تعقيب

تميز هذه الدراسة بشمولها لعينات متميزه من مرضى الصداع على اساس التشخيص الطبى
الدقيق والمقارنه بمجموعات ضابطة لكل مجموعة .. وتناولت أيضا

الجنسين من المرضى . واضطراب سيكوسوماتي آخر مثل الربو . وتتميز هذه الدراسة بتاولها لأكثر من متغير سيكولوجي له دوره في الاضطراب السيكوسوماتي وخصوصاً خصائص الشخصيه أو ابعادها والعدائيه واتجاهها . الا ان المقياس المستخدم لدراسه اتجاه العدائيه يستخدم فقط في دراسه صور ونماذج العدوانيه والعدوانيه فلم يكن مناسباً لذلك . ولقد نجحت تلك الدراسه في تقرير دور الضغوط الانفعاليه كعامل مهيمٍ للاصابه السيكوسوماتيه مثل ما سبقها من دراسات والاسلوب المتبع في تلك الدراسه (المقابله الشخصيه) وحدها لدراسه التكيف الحالى لا تكفى لحسم دور الضغوط الانفعاليه . ولكن كان لا بد من الاستعانه بأدوات المنهج الكلينيكي المعروفه الأخرى . وفي هذه الدراسه اجريت المقابلات الشخصيه لـ (٢٣٧) حاله مريضه بالصداع النصفى بأنواعه المختلفه غير المجموعه الخاصه بالدراسه (المرضى بالصداع النصفى) فكان يجب على الباحثان استخدام نفس العينه الخاصه بالدراسه حتى تستطيع تفسير ما توصلت اليه الدراسه الامبريقيه من درجات ودلالات احصائيه . وأوضحت تلك الدراسه التوازي بين الارتفاع في درجات العصبيه والانفعاليه . وكذلك اكدت وجود السلوك العدواني بين السيدات المريضات بالصداع النصفى . الا ان الاتجاه العدائي لم يكن واضحاً ، ويرجع ذلك لبلادها كما سبق . وكان يجب على الباحثين حسم دور العامل الوراثي كما سبق في الدراسه الباقه حتى يستطيعوا تقرير دور المتغيرات السيكولوجيه وهم (خصائصهم .

(الصداق بأنواعه) وقد تناولت الباحثين العدائيه واتجاهها . رغم ان الاهداف لم تنص عليها كمتغير سيكولوجى له دوره فى الاصابه بالعرض . وبالنسبه للمجموعه الضابطه (الاسوياء) فلم يذكر معيار السويه أو الادوات المستخدمه لتحديد درجه السواء .

(٢) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

فى جامعه بانجالورى بالهند .

بعنوان : (ضوابط العدائيه فى الامراض السيكوسوماتيه) .

الهدف : تهدف تلك الدراسه الى بحث العدائيه واتجاهها لدى عينه من المرضى السيكوسوماتيين .

العينه : تتكون عينه البحث من مجموعتين تجريبيتين :

× * المجموعه الاولى : وتتكون من (٢٨) حاله ذكور واثنا عشر مريض سيكوسوماتيين ينقسموا

الى (٥) فئات تشخيصيه مختلفه وهى (٩) ربو صدرى

(٦) قرحة معديه ، (٦) ضغط دم مرتفع ، (٤) أمراض جلديه

نفسيه المنشأ .

(٢) اضطراب الغده الدرقيه : ومتوسط العمر الزمنى (٣٩.١٢) سنه ، وتم

اختيارهم من مستويات اجتماعيه - اقتصاديه مختلفه (٢٥) من الحالات تم

اختيارهم من قسم الطب النفسى بالمستشفى العام . (٣) من الحالات ايضا

الضابطه من حيث السن والجنس والحاله الاجتماعيه - والاقتصاديه ، والزواج .

■ ■ المجموعه الثانيه : وتتكون من (١٤) عصابى من الذكور والاناث أيضاً . ومتوسط العمر الزمنى (٣٦،٢١) سنه . وتم الحصول على (١٠) منهم من نفس الأماكن السابقه التى اختبرت منها المجموعه السيكوسوماتيه . وبيقسوا الى (٣) فئات تشخيصيه وهى (٦) اكتئاب عصابى ، (٦) قلق عصابى ، (٢) اضطرابات تحويليه . والمجموعه الضابطه تتكون من (١٤) حاله من الذكور والاناث أسوياء ومتوسط العمر الزمنى لهم (٣٦) سنه . وتم اختيارهم من الطلاب .

الادوات : (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه Psychosomatic Experience
- T -
(٢) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لقياس العدائيه والعدوانيه العامه على المستوى الظاهرى واتجاهاتها .

(٣) اختبار الاحباط المصور لروزنزويج (Picture Fru. Test) لقياس ردود الفعل والاستجابه للاحباط . أى مقياس العدائيه والعدوانيه على المستوى الكامن .

(٤) اختبار تفهم الموضوع (T. A. . T) وتم تدرجه كميًا (بالدرجات) على كل من العدائيه والشعور بالذنب . بالاضافه الى دراسته تاريخ الحاله .

وتم تطبيق الاختبارات السابقه فردياً . ابتداء باختبار بلانك للمعاناه السيكوسوماتيه ونسئها باختبار تفهم الموضوع . ثم دراسته تاريخ الحاله . وقد حصلت المجموعه

على درجات مرتفعه . بينما حصلت المجموعه العصائيه على درجات مرتفعه من الجزء الثانى الخاص بالتكيف النفسى العرضى ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله فى الجزئين . ولذلك اعتبر هذا الاختبار تشخيصى للحالات .

النتائج :

١- حصلت المجموعه السيکوسوماتيه والمجموعه العصائيه على اختبار (HDHQ) على درجات عاليه ذات فروق داله احصائياً فى درجات العقابيه العامه ومستوى الدلاله (٠.١ r) ولكن المجموعه السيکوسوماتيه أكثر عقابيه داخلية بالمقارنـه بالمجموعه السويه . وأكثر عقابيه داخلية عن المجموعه العصائيه أيضاً .

٢- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين المجموعات الثلاث على اختبار (P.F.T) بالنسبه لاتجاه العدائيه على المستوى الكامن ونمط رد الفعل . وكذلك لم يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين الفئات السيکوسوماتيه وبعضها .

٣- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين درجات السيکوسوماتيين والعصائيين على اختبار تفهم الموضوع (لقياس الشعور بالذنب والعدائيه) .

٤- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين المجموعه السيکوسوماتيه والعصائيه فى نماذج الدرجات على اختبار (HDHQ) ما عدا الاختلاف فى اتجاه العدائيه .

تعقيب :

تتميز هذه الدراسه باستخدامها لمجموعه من الاختبارات التى تقيس العدائيه على

المستوى الظاهر والكامن واتجاهها . الا انها فشلت في تمييز العرضي السيكوسوماتيين عن العصبيين . وأظهرت الدراسة درجة عقابيه داخلية عاليه لدى المجموعه السيكوسوماتيه عنه لدى العصبيين رغم ان العينه العصابيه تشمل فئه الاكتساب العصابي التي تعتبر أكثر عدائيه داخلية أو عقابيه داخلية . ولم يظهر نفسى الدراسة مدى الاستفاده من اختبار (P.F.T.) وكذلك فشل اختبار تفهم الموضوع في التمييز بين العصبيين والسيكوسوماتيين بالنسبه للعدائيه والشعور بالذنب ولم تظهر النتائج مدى الاستفاده من دراسه تأريخ الحالات . لم توضح الدراسه الفروق بين الفئات السيكوسوماتيه العرضيه نظرا لاختلاف العرض فهى (ه) فئات مختلفه . وكذلك بالنسبه للمجموعه العصابيه فهى فئات تشخيصيه مختلفه من حيث ديناميات العدائيه أو العد وانبيه .

(٤) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

في جامعه بانجالورى بالهند .

بعنوان : العدائيه كما تقاس بالتات والخالات السيكوسوماتيه .

الهدف : هو محاوله تقديم تقرير عن استخدام اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.)

كاداه لتقدير وقياس العدائيه للحالات السيكوسوماتيه .

العينه : هى نفسها عينه البحث السابق ولكن الهدف مختلف .

** وأجريت الباحثان هذه الدرسه لما أظهرت نتائج الدراسه السابقه حصول فشل اختبار (T.A.T.) في قياس العدائيه أو الشعور بالذنب لدى العصبيين

والسيكوسوماتيين . أو التمييز بينهما رغم ان المجموعتين متميزتين كلينيكيا .
* * * ولأن الدراسات حول استخدام اختبار تفهم الموضوع كأداة لتقدير العدوانييه
والعدائيه متناقضه .

الادوات : (١) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه ليلانك .

وقد حصلت المجموعه السيكوسوماتيه على درجه عاليه فى الجزء الأول الخاص بالتكيف
الفسولوجى العرضى . وحصلت المجموعه العصائيه على درجه عاليه فى الجزء الثانى
الخاص بالتكيف النفسى العرضى ، وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله فى
الجزئيسن .

(٢) اختبار : (HDHQ) وحصلت المجموعه العصائيه والسيكوسوماتيه على درجات
عاليه وذات دلالة احصائيه بمقارنتها بالمجموعه السويه فى عاملى العقابيه العامه
واتجاه العدائيه . ومستوى دلالة الفروق كان (٠.١) .

(٣) وتم تطبيق اختبار تفهم الموضوع (الصور الهنديه له فرديا . ثم اعطاء درجات
للقصص تبعاً لنظام (سين Caine) لقياس العدائيه . وذلك بعد الكلمات
العدوانيه واحصائها . ومع ذلك فشل الاختبار فى التمييز بين المجموعتين
التميزتين أصلا .

واكدت الباحثان على ضروره قيام دراسات مناسبه كثيره مع مجموعات كلميكيه مختلفه
قبل التقرير بعدم امكانيه تفهم الموضوع لاستخراج ثيمات (Themas) العدوانه

تعقيب :

تعتبر هذه الدراسة متممة للدراسة السابقة لنفس الباحثان وتدور حول اختبار تفهم الموضوع وقدرته على استخراج شيات خاصة بالعدوانية والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين . ولقد تأكد لهما فشله في ذلك بعد اجراء تلك الدراسة .

(٥) دراسة لولاس وفون راد Lolás & Von Rad

بشيلي في أمريكا اللاتينية

بعنوان : القلق والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين والعصابيين .

الهدف : دراسة السلوك اللفظي ، وتحليل المحتوى اللفظي لألف كلمه من خلال

المقابلات الشخصيه وتحليلها في بعدين هما القلق والعدائيه بعد استخدام

المقاييس المختصين لقياس كل منهما .

العينه : تتكون عينه البحث من (٤٠) مريض سيكوسوماتي ، (٤١) مريض عصابي وتمت

المجانسه بينهما في متغيرات كثيره .

الادوات : اختبار القلق (Anxiety Test) اختبار العدائيه واتجاهها (HDHQ)

والمقابلات الشخصيه لجميع التعبيرات اللفظيه .

النتائج :

تتجه العدائيه للداخل لدى المرضى السيكوسوماتيين وترتبط بقلق الشعور

بالخزي (Shame) وتتجه العدائيه للخارج في المرضى العصبيين وترتبط بقلق

الشعور بالذنب (Guilt) .

وحصلت المجموعه السيكوسوماتيه على درجات عاليه فى العدائيه الموجهه للداخل والقلق . وحصلت المجموعه العصائيه على درجات عاليه فى العدائيه الموجهه للخارج . ولهذا قرر الباحثان امكانيه التسبؤ بنوع المجموعه المرضيه على اساس الدرجه على مقياس اتجاه العدائيه (داخلية أم خارجيه) ودرجه القلق .

تعقيب :

لم يوضحا الباحثان فى تلك الدراسه درجه العدائيه العامه . بل اهتمتا باتجاه العدائيه فقط . ولو انهما نجحا فى التمييز بين العصائيين والسيكوسوماتيين بالنسبه لاتجاه العدائيه . ولكن كان على الباحثين ان يستخدموا مجموعه سويه ضابطه لتوضيح الفروق . وأنادات العقابلات الشخصيه وجسج التعبيرات اللفظيه للمجموعتين فى اظهار ميكانيزم (الانكار) الذى تميزت به كلا المجموعتين رغم ما أظهره اختبار (HDHQ) لاتجاه العدائيه

قياس العدوانيـه والعدائيه

كثرت المقاييس والاستبيانات والقوائم الخاصه بقياس كل من العدوانيـه والعدائيه وانقسمت الى نوعين من المقاييس وهى الفنيات الاسقاطيه والاستبيانات والمقاييس وبعضها قام على اساس نظري بعضها تم اشتقاقه من مقاييس اخرى بعد بعض المصطلحات الاحصائيه وسوف نقدم على سبيل المثال بعض هذه الادوات :-

أولا : الفنيات الاسقاطيه :-

تم الاعتماد على هذه الفنيات الاسقاطيه فى تحديد نوع واتجاه العدوانيـه والعدائيه وأيضا البحث عن اسبابها بطريقه كفييه ومن اشهرها اختبار الاحباط المصور لروزينويج واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) واختبار بقع الحبر (الرورشاخ) أ : اختبار الاحباط المصدر لروزينويج (R.P.F.T)

وهتم لقياس نمطين من الاستجابات للاحباط وهما العقابيه الداخليه (I N) أو اتجاه العدوانيـه للداخل والعقابيه الخارجيه (E X) اتجاه العدوانيـه للعالم الخارجى وتم حساب الصدق والتركيز على مقياس العقابيه الخارجيه لقياس العدوانيـه ويوجد تعارض بين نتائج الابحاث المستخدمه لهذا الاختبار . قام كل من (ميـجارجى

(١٩٦٤ Megargee) (ميركروكيرازيس Mercer & Kyriqis ١٩٦٢)

بمقارنه الدرجات على مقياس العقابيه الخارجيه لكل من المساجين القتله والمساجين غير القتله ولم يتوصلوا الى فروق بين المجموعتين بينما وجد (بيرسون Pererson

ان المساجين القتله اعلى من المساجين غير القتله على مقياس للعقابيه الخارجيه
(E x) . ويعتبر المقياس محدد للعدوانيه بطريقه كفيه اكثر منها كمييه
* دراسه (كيسوناروا وآخرون فى المانيا، ١٩٨١) .

- تم دراسه مرضين من الامراض السيكوسوماتيه بواسطه اختبار الاحباط (P F I)
ويساعد هذا الاختبار فى كشف الاشكال والانماط المعقده للاجهاد والشده التى تعتبر
عامل هام فى العنشأ المرضى للمرض .

وتم تقسيم (٢٨١) فرد الى المجموعات التاليه :-

أ : السيكوسوماتيون (فى المرحله العضويه) فى المرحله الوظيفيه .

ب : العصائبيون ج : الاسوياء لمجموعه ضابطه .

أوضحت النتائج ان نمط الاستجابه أورد الفعل بالنسبه للسيكوسوماتيين على
اختبار الاحباط (P F T) لم يفرق بين المرضى فى المراحل العضويه
أو الوظيفيه أو العصائبيين مع الامراض السيكوسوماتيه . بالرغم من وجود بعض
العلامات الخاصه أو الاشارات بالنسبه للمرضى السيكوسوماتيين فى المرحله العضويه .
واستنتج ان الاضطراب فى نمط وقصور الشخصيه لكل من العصائبيين والسيكوسوماتيين
ليقود الى اضطراب فى توافق الانا ^٢نفسها وغير ملائم أو كافات لفصل ميكانيزمات
الاجهاد أو الشده . (stress)

ب : اختبار تفهم الموضوع (T , A , T)

وتستخدم لتحديد مستوى العدوانيه . ويقرر كثير من مستخدميه انه يصلح لتحديد

نوعيات من الافراد المتميزين بالعنف . ولديه الامكانيه التمييزيه لبعض المسالك العدوانييه
ويوجد تعارض بين بعض نتائج الابحاث فوجد (هاسكيل Haskcel ١٩٦١)
ترابط بين الدرجات على اختبار ال (T A T) واستبيان للعدوانييه . كما وجد
(ستون Stone) فروقاً في العاده التي يعكسها الاختبار بين المساجين
المتيزين بالعنف وغيرهم . ويرى (ميچارجي ١٩٧٠) ان اغلبه الدراسات
والابحاث التي استخدمت اختبار التات اكدت على امكانيته في التمييز بين
نوعيات مختلفه من العدوان والعنف واتجاهه . وأشار الى ان الاختلاف يرجع
للعينات المستخدمه في الدراسات المختلفه .

ج : اختبار بقع الحبر (الرورشاخ)

يعتمد قياس صدق اختبار بقع الحبر (الرورشاخ) كوسيله لقياس العدوانييه يعتمد
على النظام المحدد لوضع الدرجات فوجد (وولف weolf) أنه امكن التمييز بين
المساجين القتله وغير القتله باستخدام اختبار بقع الحبر بطريقه اعطاء درجات خاصه
بالمحتوى . على الرغم من ان طريقه التدرج الخاصه بالشكل لم ينجح في التمييز
بين الفتين السابقين ويقرر (بوس Buss) ان نظام التدرج للرورشاخ على
اساس الشكل لا يعطى انعكاس كامل لكل صور العدوان . وعلى الرغم من عدم انتشار
استخدام الرورشاخ لقياس ابعاد العدوانييه الا انه أمكن تميز المكون العدائى باستخدامه
الا أنه لم يستطيع تميز العدوان الكامن للشخصيه ولا يعتبر هذا التميز النهائى
لمسئوى العدوانييه ولكن يحتاج الى قياس آخر أو وسائل أخرى تركز مباشره على قياس العدوان .

ثانياً : الاستبيانات : Questionnaires

تعتبر الاستبيانات والمقاييس والقوائم من أكثر الوسائل العلمية لتقدير خصائص الشخصية . ومن السهل تدرجها ومقارنتها مع غيرها من وسائل التقدير الأخرى . وتستخدم في مدى واسع للقياس بغرض تشخيصي كلينيكي أو في اختبار مجموعات للاجراءات التجريبية . وبعض الاستبيانات تقيس العدوانيته أو العدائيه . وبعضها يقيس العدوانيته ضمناً للبعدين السابقين وتقسم الاستبيانات بناءً على طريقته بنائها الى ثلاثة انماط . مقاييس حدسيه وامرأيقيه ونظريه وذات اتساق وتماسك داخلي .

أولاً : المقاييس

In intuitively developed Scale

وتعتبر المدخل الحدس هنا في اختيار البنود في البدايه لا يقوم على خلفيه نظريه والتي تقيس العدوانيته . ومعيار اختبار البنود هو الصدق . عن طريق تقديم مجموعه كبيره من البنود ثم تحكيمها من قبل متخصصين .

أ : قائمه ايوا للعدائيه The Iowa Hostility Inventory

قام بأعدادها (مولداوسكى) (١٩٥٩) وتتكون من (٤٥)

بنداً وتم حساب الصدق لها بطرق مختلفه باستخدام مجموعه من المرضى السيكا تربين . وتم تقدير الدرجات بمساعدته المعالجين ومقارنتها بالتقدير الذاتي من جانب الحالات لكل

من العدائيه فى اتجاهيها نحو الذات واعالم الخارجى ووجد لها ارتباط عالى مع
التقدير الذاتى للحالات أكثر منه مع المعالجين . كما اوجد لها (بص وآخرون)
ارتباط مع كل ابعاد مقياس العدوانيه والعدائيه لبص

ب : مقياس (كوك وميدلى للعدائيه)

The Cook and Medley Hostility

(HS)

تتكون هذه المقاييس من (٥٠) بنداً وهو يمثل جزء من بطاريه صمما كل من
" كوك وميدلى (١٩٥٤) عن اتجاهات المعلمين . وتم ايجاد الصدق والثبات
لهذه القائمه بطرق عده وقام (ميندلسون Mandelsohn ١٩٦٢) بمقارنه
درجات أربع مجموعات من الذكور على مقياس العدائيه والعدوانيه فى اختبار (M M P I)

١- المجرمين الاشد عنفاً

٢- المجرمين معتدلى العنف

٣- المجرمين غير المتميزين بالعنف

٤- مجموعه غير اجراميه .

وفشلت هذه القائمه فى التمييز بين المجموعات الاربع . وقام (يوسف Youssef
١٩٦٨) بحساب الصدق التنبؤى لمقياس (M M P I) للعدائيه على عينيه
قوامها (١٢٠) طالب جامعى تم تقسيمهم الى مجموعتين مرتفعى العدائيه
وسنخفضين العدائيه على مقياس (كوك وميدلى للعدائيه) وكذلك مقياس العدائيه
الظاهره .

ج : مقياس العدائيه الظاهر {MHS} The Manifest Hostility Scale

قام باعداده (سيجال Siegal ١٩٥٦) وتتكون من (٥٠) بنداً وقام (سيجال)

بحساب الصدق والثبات لدى طلاب الجامعة والعرضى من الذكور خارج المستشفى واستخدام اختبار الرورشاخ ومقياس (F) ووجد ارتباط دال مع مقياس (F) ولكنه ضعيف نظراً لأن كلا من المقياسين (M H S) ، (F) استبيانات بها تداخل وتشابه بين البنود : واستخدام هذا المقياس على مدى واسع . وقد استخدمه (سيدكا Spidka ١٩٦١) في دراسته افتراض الاحباط - عدوانة واشتات ان زياده الاحباط في وسط مجموعته تراقبته بالاضافه الى وجوده ضمن مجموعه منخفضي المستوى الاجتماعي والاقتصادي وسوف يؤدي الى زياده العدائيه الظاهره عند لسدى اغلبيه اعضاء الجماعه من نفس المستوى الاجتماعي والاقتصادي . ولم تظهر النتائج القدره التنبويه للمقياس . رغم وجود ارتباط بين هذا المقياس ومقياس المرغوبيه الاجتماعيه لاد وازديمن قائمه التفضيل الشخصي .

ووجد (هاس Haas ١٩٦٦) ان طلاب (السنه الاولى حصلوا على درجات على المقياس أعلى من طلاب السنه الثانيه .

ووجد كل من (روشينام وستانيرس Rasenbaum & Stanner ١٩٦١) ان الطلاب الذين تم تعريضهم للاشاره سجلوا درجات مرتفعه على مقياس (M H S) وأيضاً على بطاقات اختبار التات (T A T)

وقام (سيجل Siegel et al) بايجاد الصدق مع كل من اختبار الاحباط المصدر بعد تقسيم المقاييس الى مقياسين فرعيين هما العقابيه الداخليه والعقابيه

وقام كل من (ميلر ، سبيكا Miller , Spilka , Prætt) بمقارنه عينات

من مرضى الغمام البرانونيدي المتميزين بالعنف ومجموعه أخرى غير عنيقه . ولكن
لم يتوصلوا الى فروق داله على درجات هذا المقياس على أى من المقاييس الفرعين .
د : مقياس العدائيه لساراسون

Sarason Hostility Scale . SHS)

صمم هذا المقياس (ساراسون ١٩٥٨) وتتكون من (١٨٠) بنداً فى صورته
الاوليه . وكثيراً منها مشتق من اختبار (M I P I) ، ٢٩ بنداً منها
تخص العدائيه والغضب فى مواقف كثيره . وأجريت عليه دراسات للمصدق .
هـ : استبيان جريسن وأستاكي للعدائيه والعدوان :

The Green ' Stacey Aggressein and Hostility-Questionnair
صمم هذا الاستبيان (جريسن وأستاكي ١٩٧٠) وتتكون من قياسين أ ، ب

متكافئان وتتكون من (٦٠) بنداً وتم تطبيقه على (١١٧) فرد . وأجرى له
تحليلاً عاملين الا انه لم يظهر التفريق بين العدائيه والعدوان كعاملين مستقلين .
ولكنه ينظم مدى واسع من السلوكيات والاتجاهات العدائيه والعدوانيه ولا يستخدم
لقياس كل منها مستقلاً عن الآخر .
- تقييم المقاييس الـ حد سيه :

وجه لهذه الفئه من المقاييس مجموعه من الانتقادات ومنها انتقادات (جودستين
ولا نيون Passyon & Goodstein ١٩٧) ويعترض على هذه المسلمه وتقوم على
مسلمات ثلاث هى :

١- الحالات التى تطبق هذه الاستبيانات يتدرون انفسهم بمفهوم بنود الاستبيان

- ١- الاتجاه السيكودينامى فى فهم الشخصيه .
- ٢- الحالات تجيب بطريقه صادقه وحقيقيه .
- ٣- معانى البنود واضحه وليس بها غموض .
- ولكن هذا الوضوح يختلف من فرد لآخر .

ثانيا : المقاييس الامبريقيه : Empirically Developed Scales

تقوم فكره هذه المقاييس على اختبار مجموعه من المشيرات المحدده واختبار امكانياتها فى التميز بين المجموعات المحدده . وفى حاله دراسه العدائيه والعدوانيه تُؤخذ المعايير من تقديرات الملاحظه أو من السلوك الاعتدائى العنيف ومن هذه المقاييس

أ : مقاييس " اسكولتيز " للعدائيه والعدوانيه :

Schultz, hostility and Aggression Seiles
ويتكون من (٥٥) بنداً وتم تصميمه من تطبيق اختبار M M-P I على (١١٩)

من الذكور المرضى النفسيين وتم وضع درجات لهم بناء على معايير خمس وهى :

- ١- درجه تكرار أو تواجد العدوان الكامن .
 - ٢- شده ومدى الاندفاعات العدوانيه قبل التعبير عنها .
 - ٣- اتجاه العدوان .
 - ٤- طريقه التعامل مع العدائيه أو صور وجودها .
 - ٥- تكرار العدوان الظاهر .
- وتم تقسيم البنود (٥٥) بنداً الى ثلاث مقاييس العدوان الظاهر ، العدوان الكامن وضبط العدائيه .

ب : مقياس زاكسى و، ولتسير للعدائيه :-

The Zaksand Walters Aggressiveness Scale

وتتقسم بنود المقياس كالاتى :

١- بنود لظهار مستوى العدوان الظاهر .

٢- بنود لظهار اتجاه العدوان ،

٣- بنود لتقدير أسباب العدوان ظهوره أو كونه .

ويتكون من (٣٣) بنداً موزعه كما سبق . وأوضحت الدراسات لهذا المقياس أنه يمكنه التمييز بين السلينوك التوكيدى والسلوك العدوانى ويتميز بثبات وصديق مقبول .

ثالثاً : المقاييس المعنيه على خلفيه نظريه :-

هذه - المجموعه من المقاييس محتوياتها أختيرت بناء على نظريات نفسيه محدده وتم اختيار البنود الخاصه بهذه النظرية واستراتيجياتها ومنها المقاييس الثلاثه الآتيه :

أ : مقياس الحاجه للعدوان (N A S)

ب : استبيان العدائيه واتجاهها (H D H Q)

ج- قائمه بص- ديركسى (B-D.I)

١- مقياس الحاجه للعدوان (N A S)

ويتكون من (٩) بنود من قائمه التفضيل الشخصى لادوار دز والتى صممت لمقياس

السلوك العدواني اللفظي مثل النقد والمجادله ووصفت تلك القائمة على الاساس النظرى لنظام (موراى) للحاجات لنظريه عامه فى الشخصيه وليست خاصه بالسلوك العدواني فقط . ووضعت بنود القائمة فى ازواج ويختار الفرد واحد من هذه الأزواج .

٢- استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ)

The Hostility and Direction of Hostility

Questionnaire

صم استخبار العدائيه واتجاهها (HDHQ) لكى يشمل مجموعه كبيره نسبياً للظاهر أو الاشكال الممكنه للعدوانيه أو العدائيه أو العقابيه . صم هذا المقياس تبعاً لنظريه (فولدز Foulds ١٩٦٥) .

فى العقابيه . حيث انه لم يفرق بين العدوانيه Aggressiveness والعدائيه Hostility واعتبروها دافعاً واحداً (Unitary Drive) وهو يرد هذا الدافع الى العقابيه (Punitiveness) ويأخذ هذا الدافع شكلين رئيسيين هما العقابيه المتجهه للداخل (Intropunitiveness) والعقابيه المتجهه للخارج (Ectropunitiveness) ويتكون الاستخبار من (٥) مقاييس فرعيه . ومنها مقياسين لقياس العقابيه المتجهه للداخل (الموجبه) وهما

الشعور بالذنب الهذائى (Delusional Guilt) ونقد الذات Selfcriticism

اما المقاييس الثلاثه الفرعيه الأخرى وهى نقد الآخرين Criticism of Others

والعدائيه الصريحه (-Actind out Hos=
=tility)
(--Projected Delusional) لقياس العقابيه الخارجيه . ويمثل مجموع
(- Hostility)
هذه المقاييس الفرعيه الخمسه العدائيه العامه (General Hostili-
- ty)
هذه الاستخبار لقياس العدائيه واتجاهها (العقابيه)

(محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤ ، ص ٣)

وقد صممه كل من (فولدز ، كين وهب (Foulds, Caine & Hop ١٩٦٢)

وقام بتعريبه واعداده (محمد عبد الظاهر الطيب) .

وتعرف العدائيه في هذا المقياس بأنها سلوك أو اتجاه يقصد به ايذاء الآخرين أو ايذاء
الذات وهي تأخذ صور متعدده هي العدائيه الصريحه ونقد الآخرين والعدائيه
الهذائيه المسقطه ونقد الذات والشعور بالذنب (محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٥ ،
ص ٦١٦) أي أنها تكوين فرضي من الدافع لممارسه الاتقاط والصور السابقه . وهي
الدرجه الكليه التي يحصل عليها الفرد بناء على حاصل جمع درجاته على المقاييس
الخمس الفرعيه التي يشملها المقياس .

ويستطيع الاستخبار التمييز بين الفئات المرضيه المختلفه من الذهانيين والعصابيين

كما يميزهم عن الاسوياء . كما يمكن استخدامه ككلينيكيا عن طريق تسجيل درجات
الحاله على المقاييس الخمس الفرعيه لتعين الباحث في تفسير درجات الحاله على كل من
الدرجه في العقابيه الداخليه أو الخارجيه . ويمكن حساب اتجاه العدائيه
عن طريق هذه المعادله :

اتجاه العدائيه : = (٢ × نقد الذات + الشعور بالذنب) - (نقد الآخرين +
العدائيه المريحه + العدائيه الهزائيه المسقطه)
وتم حساب الصدق والثبات بطرق مختلفه .

The Buss - Durkee Inventory

٢- قائمه بمروديركى

تاما " بمروديركى) باعداد قائمه لمختلف صور السلوك العدوانى وتم توزيعها
بناء على ثلاثه اتجاهات :

أولاً : طبقاً للعضو المستخدم : (جسدى فى مقابل اللفظى)

مثل الاعتداء البدنى على كائن آخر بواسطة اعضاء الجسم أو الاسلحه أو الآلات
والآدوات فى مقابل اللفظى مثل الالفاظ غير المرغوبه الموجهه لفرد آخر أو التهديد
أو الرفض

ثانياً : طبقاً للعلاقات الشخصيه :

- مباشره : مثل الهجوم أو الاعتداء أو الرفض أو التهديد .
- غير مباشره : مثل نشر الشائعات أو تشويه صفات وأفعال الآخرين .

ثالثاً : طبقاً لدرجه النشاط :

- تنشيط : وهذا يتضمن كل السلوكيات السابقه .

- كامن : ويتمثل فى منع الآخرين من الوصول الى اهدافهم .

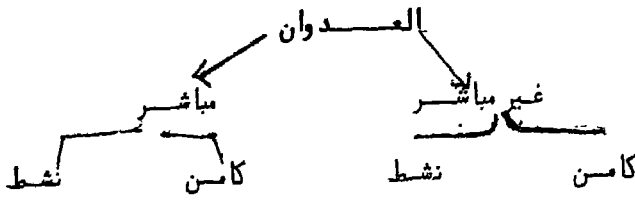
والعدوانيه الكامنه عاده ما تكون مباشره ولكنها احياناً تكون غير مباشره مثل
الاعتصام .

ومعظم اشكال العدوانييه موضحة في الشكل التخطيطي الآتي الذي اقترحه
(بص)

العدائييه (H O)

- الاستياء (الغيظ)

- الشك



منع الآخرين من العدوان غير السلبيه العدوان

الوصول الى اهدافهم المباشر اللفظي

ويتكون القائمة من المقاييس الفرعيه الآتية (نشر الشائعات)

١- العنف والاعتداء الجسدي على الآخرين

٢- العدوان غير المباشر : مثل نشر الشائعات الخبيثه واطلاق النكات .

والاتيان بأفعال تؤدي الى نوبات من الغضب للطرف الآخر .

٣- حده الطبع (التهيج) .

الاستعداد للغضب السريع ويتضمن سرعه الانفعال والبدايه .

٤- السلبيه : سلوك مضاد ويعني الرفض وعدم الرغبه في المشاركه وابداء الرأي .

٥- اليقظه : (الاستياء)

٦- الشك : وهو اسقاط العدوان على الآخرين

٧- العدوان اللفظي .

واقترح (بص) ان الاستجابات العدوانييه يمكن تقسيمها في عدده مجموعات

وانها ترتبط ارتباطاً موجيباً . والارتباط الموجب دليل عليه كل من (الوشاس

(١٩٦١ Lovas) جنيرى (١٩٧٠ Gemtry)

وتتبع نظام بص - دركى اُختبار السلوك العدوانى للاطفال . الذى قسمت

بتصميمه واعداده وتقنيه على الأطفال .

الانسحاب والحياء والخجل وتفاوت الافراد في الدرجه على هذا العتصل وأيضاً نظريه (فولدس Foulds ١٩٦٥) الذى اعتبر العدوانيه والعدائيه دافع واحد أطلق عليه العتابيه العامه . قسم سيرس (Sears ١٩٦١) السلوك العدوانى السى ثلاث صور وهى عدوان مباشر مادى وعدوان لفظى وعدوان غير مباشر يتم التعبير عنه بصور أخرى اسقاطيه أو حيل دفاعيه ولا يمكن تصنيفه مع السلوك اللفظى أو المادى .
الدراسات السابقه :

وكشرت الدراسات حول السلوك العدوانى وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى أو السلوك العدوانى بوجه عام ولكن تصنيف الدراسات السابقه كالتالى :

أولاً : دراسات عن السلوك العدوانى لدى الاطفال من الجنسين وعلاقته بمتغير آخر مثل دراسه (ليسير Lesser ١٩٢٦) عن العلاقه بين القلق واستجابات الاطفال نحو العدوان . أجراها على تلاميذ المرحله الابتدائيه للبنين والبنات وأظهرت النتائج ان القلق الدراسى يزيد من مستوى السلوك العدوانى لدى الاطفال وأيضاً السلوك التوترى والتردد ودراسه (ليفيون مليكيان وحسين الدرينى ١٩٨٣) عن بعض مظاهر السلوك للعدوانى لطلبه المرحله الثانويه والاعدايه بالمدوحه . وتم تصنيف المظاهر العدوانيه تبعاً للسلوكيات المدرسيه للتلاميذ فقط من وجهه نظر المدرسين والمشرقيين الاجتماعيين .

وفى دراسه (فيولا الجلاوى ١٩٨٨) عن تحليل المشكلات السلوكيه لتحديد المشكلات الاكثر شيوعاً . وبعد اجراء التحليل العاملى أظهرت الدراسه سبعة عوامل ، العامل الاول منها مشكلات السلوك العدوانى .

ودراسه أخرى قامت بها (عفاف محمد عبد المنعم ، ١٩٩١) عن المشكلات السلوكية للمتخلفين عقلياً . وتوصلت الباحثة الى ان اولى المشكلات من ناحيه الترتيب هي مشكله السلوك العدواني . وبذلك تؤكد هذه الدراسه ودراسه (فيولالبيلاوى) على مدى انتشار السلوك العدواني وبروزه فى مقدمه مشكلات الاطفال فى كل الفئات .

ثانياً : دراسات حول الفروق بين الجنسين فى السلوك العدواني أو العدوانيه فمنها من تناول جانب محدد من العدوان أو مظهر من مظاهر السلوك العدواني وبعضها تناول العدوانيه أو العدائيه بصفه عامه ومن امثله تلك الدراسات دراسه (آن فرادى وجاكلين Ann Fradi & Jacquili ، ١٩٧٧) تاما بمسح شامل لجميع الدراسات التى اشتملت

على اما العدائيه العامه أو مظهر من مظاهر السلوك العدواني فوجد انها تمثل (٦١٪ من ٧٢ دراسه) ولم يظهر ان الرجال اكثر عدوانيه من السيدات . وفى دراسه أخرى لنفس الباحثان وجد ان اكثر من (٨٠٪) من الدراسات لم تصل فيها الفروق الى الدلاله التى تقرر ان النساء دائماً أقل عدوانيه من الرجال ووجد ان (٥٤٪) من الدراسات حول السلوك العدواني اهتمت بدراسه السلوك العدواني لدى الرجال فقط ، (٢٤٪ للجنسين) ، (٨٪) للنساء فقط ، (١٤٪) من الدراسات لم تهتم بعامل الجنس .

واكد (باندوره ، ١٩٧٣) على ان ظهور السلوك العدواني لدى السيدات أقل من الرجال ويرجع الى ان السيدات يملين الى كف الميول العدوانيه بوسائل دفاعيه ويحاربن من أجل عدم ظهورها .

ودراسه (هاتسوزوكا ، وماكيكي وأوجوش ، يوشي : Hatsuzuk, Makaki & Ogushi Yoichi ١٩٩١) فى اليابان بمركز دراسات المرأه عن الفروق بين المراهقين والمراهقات فى العدوانيه واتجاهها باستخدام اختبار الاحباط (لروزنزيوج RPEFS) لتحديد العدوانيه الداخليه وقائمه (يوتابى جيلفورد للشخصيه Y.G.I) وأوضحت تلك الدراسه ان المراهقين الذكور وجدت لديهم عدائيه خارجيه وداخليه عاليه. والمراهقات حصلن على درجات منخفضه . وأعزوا ذلك الى تعبير الاناث عن العدائيه بطريقه غير واضحه ومعقده فوجد ان العدائيه الداخليه لدى بعض الاناث يتم كبتها ولا تظهر والبعض يعبر عنها بأسلوب غير واضح ولا تظهر سواء بالا سلوب السيكومترى أو الاسقاطى .

وفى دراسه قام بها كل من (جون أركرويكارين ويستمان John Archer & Karin Westeman ١٩٨٧) على مجموعه من اطفال المدارس الابتدائيه من عمر (٦ - ١١ سنه) ولم تتعرض الدراسه للسلوك العدوانى غير المباشر وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند ٦ سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين فى السن . وأجريت الدراسه داخل الفصول الدراسيه . وأظهرت ان الاختلاف بين الجنسين فى صور السلوك العدوانى فى عمر ١١ سنه وليس فى الدافع للعدوان . والعدوان اللفظى لدى البنات أعلى منه عند البنين والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات والفروق داله احصائياً . ومن اتجاه السلوك العدوانى بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدوانى عمر ١١ سنه يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات ولم يتجه للجنس المخالف .

وفى دراسه (هاريس وسامبروت Harris & Samerotte ١٩٧٥) عمن
العدوانيه اللفظيه لدى حالات أو افراد يتطلب عملهم التعامل مع افراد المجتمع المختلف
وتت الدراسه على البائعين والبائعات فى المحال التجاريه . وتم سؤالهم عن اشياء
لشرائها وتم تسجيل طريقه الرفض أو الاستجابه لاستفسارات الافراد عن المشتريات
فوجد ان الرجال اكثر عدوانيه لفظيه من السيدات وهذا يختلف عن كثير من الدراسات
التي أظهرت ان البنات أكثر عدوانيه لفظيه مثل دراسه (باردويك Barduiك
١٩٧١) التي اظهرت ان البنات اكثر عدوانيه لفظيه والبنين اكثر ماديه . وتؤكد هذه
الدراسه أيضاً على ان الفروق بين البنين والبنات فى السلوك العدوانى يظهر فى شكل
أو صورته العدوان كما وضح ذلك (جون أكروكاريه ويستمان) التي سبق شرحها .
وأكدوا أيضاً على ان الدافع للعدوان لدى الجنسين واحد ولكن الفرق فى صورته
العدوان .

تحديد المصطلحات :

السلوك العدوانى Aggressive behaviour

هجوم أو فعل محددان يمكن ان يتخذاً أيه صورته من الهجوم المادى والجسدى
فى طزف والهجوم اللفظى فى الطرف الآخر وهذا السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ
أو شخص بما فى ذلك ذات الشخص وأحياناً يكون سلوكاً ظاهرياً مباشراً محددآ وواضحاً
وأحياناً أخرى يكون التعبير عنه بطريقته اما اسقاطيه على الآخرين أو البيئه من حوله .

أ : العلوک العدواني المباشرة Direct aggressive behaviour

ويقصد به توقع الأذى أو الضرر بالآخرين أو بالذات ويتم التعبير عنه بطريقه مباشرة وواضحه وتشمل العدوان المادي Physical aggressive ويتم التعبير عنه بطريقه مباشرة وواضحه .

ب : العلوک العدواني اللفظي : Aggressive behaviour

ويقصد به الاستجابة اللفظية التي تحمل الايذاء النفسى والاجتماعى للخصم أو للمجموعه وجرح مشاعرهم أو التهكم بسخرية منهم ويشمل كل التعبيرات اللفظية غير المرغوبه اجتماعياً وخلقياً (فولدس Foulds ١٩٥٦) .

ج : العلوک العدواني غير المباشرة Indirect aggressive behaviour

هو سلوك عدواني معبر عنه بطريقه صريحه وواضحه ويعبر عنه بطريقه استقاطيه على الذات أو الآخرين أو ضمنيه تخيليه ويتضمن مسالك المخادعة والكره والوقيعه (سيرز Sears ١٩٦١)

خطوات إصدار الاختبار :

بعد الإطلاع على الكثير من الكتيبات الخاصة بالعدوانيه والعدائيه ومقاييسها المعربة والأجنبيه لم أجد فى أى منها جميع تصور السلوك العدواني للأطفال ومنها نظريه (فولدس Foulds ١٩٦٩) الذى اعتبر كلا من العدواني دافع واحد أطلق عليه العقابيه العامه (G.P) وهذا المصطلح مستعار من افكار (روزنزويج Rosenzweig ١٩٣٤) وتم بناء على ذلك تصميم اختبار العدائيه

واتجاهها (H.D . H.Q) وهذا الاستخبار يصلح للراشدين وخصوصاً للحالات

المريضه ولا يصلح للأطفال وقتننه (محمد الطيب ، ١٩٨٤)

وقائمه بص دبركسى Buss Durkee (١٩٥٢) للعد وانبيه اشتملت على صور مختلفه

للسوك العد وانى . وتم تقسيم صور العد وان بها طبقاً لأسلوب المستخدم فى التعبير عن العد وان وأيضاً لا تصلح للأطفال .

وهناك الكثير من القوائم والاختبارات الخاصه بقياس العد وانبيه الظاهره أو الكامنه أو احدهما فقط وقد أكد (سيرس Sears ١٩٦١٤) ان اصطلاح العد وانبيه المباشر يشمل كل صور العد وان الواضح التى يقصد بها ايذاء الآخريين أو البيئه المحيطه أو الذات والعد وانبيه اللفظيه توضح المتعبير عن العد وان بصوره لفظيه والقسم الثالث وهو العد وانبيه غير المباشره وهذا يشمل ويتضمن كل صور التعبير العد وانى غير الظاهره أو الظاهره ولا يمكن تصنيفها تحت اللفظيه أو الماديه .

ويتكون الاختبار من الاقسام الثلاثه الآتيه :-

القسم الاول : السلوك العد وانى المباشر المادى .

القسم الثانى : السلوك العد وانى اللفظى .

القسم الثالث : السلوك العد وانى غير المباشر .

وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اتفاق عليها . وأيضاً طلبت مراجعه تصنيف .

العبارات تحت الأقسام الثلاثه فالقياس الاول الخاص بالسلوك العد وانى المادى

كان اكثر العبارات عددآ (٢٠ عباره) وتم حذف بعض العبارات وتحويلها الى السلوك العدواني غير المباشر حتى وصل عدد العبارات بهذا المقياس الى ١٤ عباره ومقياس السلوك العدواني اللفظي كان عدد العبارات به (١٧) عباره وتتم حذف عبارتين منها والعباره الثالثه تم تحويلها الى مقياس السلوك العدواني غير المباشر . وبذلك وصل عدد العبارات على كل مقياس (١٤) فقره وتم استخراج معاييره وتم حساب الصدق والثبات بطرق عده وتم نشره .

✽ ✽ منشور في مكتبه الانجلو المصريه .

العدوانية لدى كل من الرجل والمرأة

شاع دائما افتراض مؤاده أن الرجال دائما أكثر عدوانية جسديا وماديه عن الاناث والسيدات والانات يزيجن العدوانية الى صور غير مباشره أخرى بدلا من التعبير الصريح عنها وكل من الرجال والنساء يتفاعل وله رد فعل للسلوك العدواني ولكن الاختلاف في الاستجابه وليس في مصدر السلوك العدواني وأحيانا بعض العلماء يعزيبها الى دور الجنس وتظهر الفروق الجسديه بين كلا الجنسين في الاستجابه للعدوان الخارجى بينما الرجال يثورون ويفصنون ويشير العدوان الجسدى واللفظى لدى النساء القلق والغضب .

وسنوضح هنا الآراء في مظاهر السلوك العدواني بين الجنسين .
أظهر العديد من الباحثين الاختلاف في حجم العدوان الجسدى (المادى) لصالح الرجال أمثال (ايرون وحسمان ولينيون) .

1927 Eron, Huesman, Lefkoueits & Malder

ويتميز الرجال بزيادة العنف .

ورغم ذلك يعرف أن النساء لديهن خاصيه القدره على سكون العدوان على سبيل المثال تتساوى السيدات مع أزواجهن في أمريكا في حوادث العنف المرتبطه بالاسره .
وهناك دراسات أظهرت أن النساء أكثر اساءه للأطفال من الرجال (جيليس

(1923 Gells

وعلاوه على ذلك ارتفاع نسبه حدوث حوادث العنف بين النساء الأصغر فى السن ولكنها لم تصل الى مستوى المشكله (فويلت وبسيوركاريت No Gellit & Burcar 1926) ولكن الا دوار الخاصه بالمرأه تغيرت فى الكثير من المجتمعات ويتبع السلوك العدواني ثوره وشاره للغضب لدى النساء .

وهناك دليل آخر على ان النساء لديهن عدائيه وعدوانيه مباشره مثل الرجال وبالبحث فى التراث السيكولوجى فى (22) دراسه مشتمله على مقاييس لصور وأشكال

السلوك العدواني وأيضاً على مقاييس للعدائيه العامه وجدا ان (٦١٪) لم يظهروا ارتفاع العدوانيه فى كل الحالات لدى الرجال عنه لدى السيدات ويفترض معظم الباحثين فى البدايه دائماً ان الرجال أكثر عدوانيه من السيدات مما يؤشر على تأويله لنتائجه وخصو صا لذا كان البحث قائم على البحث فى الديناميات ويستخدم السيكلوجيون الرجال كعينه لأبحاث فى ابحاثهم بأعدا كبيره أكثر من النساء ففى (٢١٤) دراسه تجريبية اهتمت (٥٤٪) منها بالرجال فقط ، (٢٤٪) منها بالجنسين ، (١٨٪) بالنساء فقط ، (١٤٪) غير معبزه لنوع الجنس . أولم تحلل الفروق الجنسيه .

وقد جمع (مكسينيا ويتسبيره ١٩٧٣) مجموعه من الدراسات اهتمت بالانماط السلوكيه والأهوار الخاصه بالسيدات فى تحليل النتائج أكثر من الرجال ، وفى (٢٣) دراسه وجد (٢٧٪) للرجال فقط ، (٢٧٪) للجنسين ، (٣٣٪) للسيدات فقط ، (١٢٪) لم تهتم بأثر الجنس ومعظم حالات النساء ، التى تم التطبيق عليها يقوم بأدوار اجتماعيه وأنماط أنثويه تحقق الجاذبيه الاجتماعيه وبين الشخصيه مثل البائعات فى دراسه (مكسينيا) .

والعظير السلوكى العدوانى عند كل من الرجال والنساء يرجع للتفاعل بين مجموعه عوامل . والاختلاف يرجع للديناميات المسئوله عن ظهور صوره العدوان .
تعريف العدوان :-

أشهر (أوضح تعريف للعدوان هو تعريف (بركووتيز Berkowitz) هو السلوك الذى يقصد به ايزاء شخصى أو موضوع . والعنف هو حاله انتقاليه مستتجه من التعرض للاحباط وبالتالى يخلق الاحباط الاستعداد للأفعال العدوانيه والدراسات السابقه فى مجملها وصف للعدوانيه الجسديه (العاديه) فى مقابل

اللفظية والعباشرة في مقابل غير المباشره .

والعدوان المادى : هو أى استجابة تؤدي أو تتوى الضرر المادى والجسدى أو الألم الجسدى فى الضحية أو تدمير موضوع ما . والاستجابة الجسديه أخذت الاهتمام

والعدوان اللفظى حدد بأنه الاستجابة اللفظية يقصد بها الإيذاء النفسى الاجتماعى لفرد آخر أو إيذاء المشاعر . أو تقيمه بطريقه سلبيه فى آدائه أو اهانتته وقد يتسبب فى فقدته لوظيفته أو عدم حصوله على جائزه محدده .

والمفروض ان يتضمن السلوك العدوانى التخيلات العدوانيه لكل من السلوك العدوانى اللفظى والجسدى فى قوائم قياس السلوك العدوانى . والتفريق بين العدوان المباشر وغير المباشر سواء أكان لفظيا أو جسدياً أما إذا تسم التعبير عن وجهها لوجه أم بطريقه غير مباشره مثل التقييم السلمى للأشخاص المعتدى عليهم من شخص آخر أو عقاب أدبى أو نقد للآخرين والبعض اطلق عليه عدوان insitutional اجتماعى أو مؤقفى ولكن يفضل استخدام عدوان غير مباشر .

الحاله المزاجيه للاستجابيه :-
Mode of Response

اهتمت اغلب التحديات للفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى بالمزاج المصاحب والسابق المتاح للاستجابيه للحالات فى مواقف خاصه ويقرر (Buss) أنه لاحظ ذلك فى العدوان الجسدى وليس فى اللفظى . وإذا قرأ التراث السيكولوجى بعنايه فى دراسات السلوك العدوانى للأطفال وجد ان بدايه المسالك العدوانيه وظهورها ترجع الى المزاج العدوانى أكثر من الواقع للعدوان مع الاولاد . ويظهر لديهم استعداد للعدوان الجسدى أكثر من البنات ويعزى (باندور) ذلك بصفه

اساسيه التي الفروق الاجتماعيه في المسموحات لكل جنس من السلوكيات وعلى
العكس من ذلك قرر (ماكوبي ، وجاكلين Macoby & Jaki in
١٩٧٤م) ان ما يفره باندورا لا يدعمه بالادله .

وان دراسات (ماكوبي ، وجاكلين) كانت على الراشدين فقط .

تفضيل الاستجابه Response Preference

ليس هناك نظريه أو مدخل منهجي تتبع دراسه نعط الاستجابه المفضل
للعدوانيه أو لاثاره العدوان لدى الراشدين ، وتميل النساء مثلا الى العدوانيه
اللفظيه والاجتماعيه على الرغم من ان العديد من الدراسات اهتمت بذلك
لدى الجنسين . ووجد كل من باندو وجونسون (ان الرجال أكثر عدوانيه
من السيدات عند انارتهم . ودرس (هاريس Harris ١٩٧٤) رد الفعل
لمجموعه من السيدات تتساوى مع مجموعه الرجال يقفون في طابور واحد في محاوله
طلب واحد (مثل شراء بعض الاحتياجات) ووجد ان السلوك العدواني اللفظي
يتساوى لدى المجموعتين ولكن السلوك العدواني اللفظي لدى الرجال أقوى
منه لدى السيدات .

وفي دراسه (هيدريك Hedrick) ومن العديد من الدراسات السابقه
يتضح ان النساء الفاضيات يعيلين الى العدوان الجسدي (الفيزيقي)
أكثر من الرجال . ويكون اكثر عدوانا لفظيا من الرجال الفاضيين . ويرجع
ذلك الى ان الغضب يولد لديهن الخوف والعدوان أكثر من الرجال ، وتقدم هنا
أنماط الاستجابه لمحاوله للوصول الى تقييم أكثر دقه .

العدوان المادي المباشر للحالات الفاضيه :-

يوجد بعض الدراسات البسيطه التي أثبتت وجود فروق داله بين الجنسين
باستخدام الحالات الفاضيه ، جابلين
(١٩٧٣م) .

سجلت فروقاً بين الجنسيين ومعظم الدراسات من هذه الفئة لم تتوصل إلى فروق رغم استخدامها لمجموعه ضابطه غيرنماطيه . ولم يظهر منها فروق بين الرجال المغاضيين والسيدات الخاضعات .

العدوان المادى المباشر للحالات غير المغاضية

أظهرت الدراسات من هذا النوع (٩ دراسات) وجود فروق أساسيه وأظهرت (٥ دراسات) وجود تأثير للجنس فى حاله واحده (جنترى Gentry ١٩٢٢م والدليل على تفضيل الاستجابيه أن ظهور الفروق الجنسيه تظهر فى السلوك العدوانى واضحه اذا قيست وجهها لوجهه . وفى دراسات ثلاث ظهر ذلك ودراساتيين لم يظهر فروق بين الجنسيين .
العدوان اللفظى المباشر للحالات العدوانيه .

أظهرت أقل من نصف الدراسات على العدوان اللفظى أو العدوان الرمزي الذى يستخدم الحالات المغاضيه أظهرت فروقاً جنسيه وبعض الدراسات الأخرى بسبل أغلبها رغم استخدامها لمجموعات ضابطه لم تظهر فروق .
العدوان اللفظى المباشر للحالات غير المغاضيه :

بوجد دراسه واحده قام بها (هاريس وساميرت) لقياس العدوان اللفظى وأداء التعبير العدوانى بين الحالات غير المغاضيه ووجد الرجال أكثر عدوانيه من السيدات على السلوك العدوانى اللفظى .
العدوان اللفظى غير المباشر للحالات المغاضيه :

فى الكثير من الدراسات ظهر أن الرجال أكثر عدوانيه من النساء رغم أن هذه

الدراسات لم تشمل العدوان الجسدى (العادى) ورغم أن هناك عديد من الدراسات لم تثبت ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء .

وبالاضافه الى ذلك يوجد (هـ دراسات) للسلوك العدوانى أو العدائى لحالات أشيرت بالفشل أو الاحباط أو المشير الجنسى أو النمذجه للسلوك العدوانى أو الازدحام . أظهرت أربع دراسات منها ان الرجال أكثر عدوانيه من النساء وأظهرت دراسه منهم عدم وجود فروق بين الجنسين باستخدام الاختبارات الاسقاطيه واختبارات التقرير الذاتى . لمشاعر العدائيه . والدراسات التى سجلت فسروق العدائيه أو العدوانيه العامه فروق تختلف فى وسيله القياس وطريقه الاشهاره والسيدات يميلن الى ازاحه العدوان .

هذه المجموعه من الدراسات لم تخص نوع محدد من السلوك العدائى أو العدوانى ولكن العدوان أو العداء بصفه عامه أى كسلوك افتراض واعتبارها كسمه من سمات الشخصيه . ونفترض فى النهايه ان الافتراض الشائع دائما عن أسس الفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى أن الرجال احيانا أكثر عدوانيه ولكن ليس عاده أو دائما .

دور الجنس فى اتجاه العدوان

أظهرت اغلبه الدراسات ان كلا من الرجال والنساء يتصرفوا بصفه عامسه بتوجيه عدوانيه اقل تجاه النساء سواء الرجال أم النساء عنه تجاه الرجال وان العدوان لدى النساء يولد مشاعر الذنب أكثر .

وعموما يرجع الاختلاف بين الجنسين ليس فى الدافع الى العدوان ولكن فى صورة التى يظهر عليها العدوان . ويشير العدوان قلبه وخوفه أكثر عند النساء وكما يرتبط بكل منهما وكذلك مشاعر الذنب . والمشير الذى يشير القلق ومشاعر الذنب لدى الرجال .

والدراسات السابقة على الراشدين من الجنسين ولكن تقدم هنا دراسات أخرى حول الاختلاف في صور السلوك العدواني بين البنين والبنات ومنها دراسة (جسون آر كيمر وكسارن John Ayler & Karin م١٩٨٢٠) على أطفال في المرحلة الابتدائية (٦ - ١١) سنة . وتناولت الدراسة السلوك العدواني غير المباشر . وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند عمر (٦) سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين في هذا السن وأجريت الدراسة داخل الفصول الدراسية . وأوضحت ان الاختلاف بين الجنسين في صور السلوك العدواني في عمر ١١ سنة وليس في الدافع للعدوان . والعدوان اللفظي لدى البنات أعلى منه عند البنين . والعدوان المباشر المادي عند البنين أعلى منه لدى البنات . والفروق دالة احصائيا . وعن اتجاه السلوك العدواني بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدواني في عمر (١١) سنة يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات . ولم يتجه للجنس المخالف .

وفي دراسته لى عن السلوك العدواني لدى البنين والبنات من أطفال دور الرعاية الاجتماعية . متوسط عمر زمني (١٢) سنة . وتهدف الدراسة الى الكشف عن صور السلوك العدواني لدى البنات والبنين بدور الرعاية الاجتماعية من حيث الدرجة الكلية للعدوان أو العدوان المباشر والعدوان اللفظي وغير المباشر . والفروق بين الجنسين . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات مجموع البنين والبنات لصالح البنين في الدرجة الكلية للسلوك العدواني ويتفق مع دراسته (هاتسو زوكاو وآخرون Hatsuzuka et al ١٩٩١ .

حيث تفوق البنين على البنات في العدائية الخارجيه بطريقة غير واضحة ومتعدده ولا يظهر سواها الا أسلوب السيكومترى أو الاستقائى .

وظهرت الفروق لصالح البنين في كل من العدوان المباشر المادي وغير المباشر

أى ان السلوك العدواني بصورة الثلاث يتم التعبير عنه بطريقه مباشره جسدييه أو لفظيه . وهذا يوضح كبت العدوان وعدم التعبير عنه بشتى صوره لدى البنات (من أطفال دور الرعايه الاجتماعيه) وظهر البنات بيد وأقل تعبيرا من الناحيه الانفعاليه ومسايره (أكثر انسحاباً . وأيضاً هذه النتيجة توضح اتجاه العقابيه لدى البنين خارجياً وداخلياً . وهنا خطر يجب التنبيه اليه فبعد سنوات تليله ينخرطوا فى المجتمع وتظهر الآثار السلبيه لهذه العقابيه من هذه الفئه نحو المجتمع ونحو انفسهم .

ومن الدراسات التى تناولت علاقته السلوك العدواني بالجنس (دراسه مرزوق عبد الحميد مرزوق ١٩٩١٠) عن الفروق بين الاطفال فى ادراك العدوانييه وأظهرت الدراسه عدم وجود فروق فى ادراك السلوك العدواني ونشيطه ، لا اختلاف الجنس ، ولكن توجد الفروق نتيجته لا اختلاف العمر الزمنى .

ومن ثل ما سبق نستخلص ان الدافع للعدوان موجود ولكن الاختلاف يرجع لطريقه التعبير عنه . وفق مجموعه محددات أخرى مثل الموقف ، الحاله المزاجيه للفرد انتقاء الاستجابه أو تفضيلها النواحي الهرمونييه والبيولوجيه تحتاج الى التدقيق أكثر ، والبحث عن اسباب العدوان والعنف . والمهم فى دراسه العدوان معرفه اتجاهه للداخل لنفس الفرد أم للخارج من نفس الجنس أو من جنس مخالف . وهل العدوان يتجه الى مصدر الاثاره أو يتم اراحه للسلوك العدواني (وخصوصاً لدى السيدات والاناث) كما لوحظ سابقاً أن اتجاه العدوان نحو السيدات سواء من جانب الرجال ام السيدات يكون اقل حده عما يوجه فى اتجاه الرجال سواء من الرجال أو السيدات ولا يكفى الجنس وحده فى تحديد تفوق أى صوره من صور العدوان أو العقابيه العامه أو العدائيه .

ويلاحظ في العديد من الدراسات تفوق الجوانب السلبية في شخصيه الطالبات عنه لدى الطلبة منها دراسه مشاعر الذنب وجدت الفروق بين الجنسين لصالح البنات بدرجة داله ومرتفعه (آمال عبد السميع باظه ١٩٩٤٠) .

وفي دراسه أخرى (١٩٩٦) عن الوجدانات الموجبه والسالبه لطلاب وطالبات كليات التربيه وجدت فروق داله احصائياً لصالح الطالبات في كل من مقياس الحزن ومشاعر الذنب والعدائيه والخوف من السنه الاولى حتى الرابعه وخصوصاً مقياس الحزن والخوف ومشاعر الذنب وبذلك يتضح مدى ما يحتاج اليه الاناث من حمايه وتعديل وسائل الرعايه والتربيه الخاصه بالاناث .

الآثار السلبية للعنف الذى تتعرض له الاناث والسيدات

شاع افتراض مؤاده أن الرجال دائماً أكثر عدوانية جسديه وعنفاً عنه لدى السيدات والانات . وهو ما أثبتته العديد من الدراسات حول تفوق الرجال على السيدات فى التعبير عن العدوانية . ورغم أن الدافع للعدوان والعنف بشتى صورته يوجد لدى الجنسين الا أن التعبير عنه باختلاف الجنس . فالانات والسيدات لديهن القدرة بل وخاصيته كبت العدوان والتعبير عن الغضب بازاحتها الى صورته أخرى تعتبر مرضيه وسلبية وتتكون هذه الخاصية من قائمة المسموح وغير المسموح به من السلوكيات من وجهه نظر اجتماعيه والتفريق بين الأولاد والبنات بالاضافة الى الخوف الدائم عليهن من وقوع اعتداء أو اختطاف أو خلافه من حوادث العنف المعروفة تجاه الاناث والسيدات ومن مصادر العنف التى توجه لهن مصادر ذات علاقته قرابه مثل الزوج أو الأخ أو أحد افراد الأسرة (الأم - الأب) ولها آثارها السيئه على حياتهن المستقبلية . مجال العمل ومضايقاته ومن أفراد المجتمع ومن مصادر العنف تراكم حاله العدائيه لفترات طويله ابتداءً من كبح الرغبه فى التعبير الانفعالى عن مطلب أو حاجه من الحاجات النفسيه اللازمه للكيف مع المجتمع ومع الذات الى توجيه الاعتداء البدنى والعقاب الجسدى .

ومن الآثار السلبية للعنف :-

- ✦ انتشار الأمراض النفسجسديه (السيكوسوماتيه) مثل الصداع النصفى الذى تبلغ نسبة انتشاره بين السيدات والانات ضعف النسبه لدى الرجال . وتعتبر هذه الفئه من الأمراض ناتجه عن المعاناه النفسيه والضغط لفترات طويله كما يعتبرها البعض عدائيه موجهه للذات .
- ✦ أثبتت الكثير من الدراسات ان السيدات والانات أكثر شعوراً بالذنب ومعاناه للقلق والخوف والحزن مقارنة بالرجال وهذه المجموعه من الوجدانات السالبه تؤدى الى الاكتئاب الذى يكثر نسبته لدى السيدات والانات ويؤدى الى الانتحار فى اقصى صورته .

✳️ الاساءه للأطفال وهذه صورته من صور اذاحه العدوان والعنف فبدلاً من السرد بالمثل على مصدر العنف والعدوان يتم توجيهه مقابل العنف والعدوان الى ضحيه أخرى وهى الأطفال ففى بحث جديد فى أمريكا وجد أن السيدات أكثر اساءه فى معاملة الأطفال من الرجال .

✳️ الابتعاد عن الاسره الوالديه أو الزوجيه مثل المصروب أو الطلاق وما يترتب عليه ذلك من آثار سئيه لها ولاسرتيهما .

✳️ انخفاض تقدير الذات وتكوين مفاهيم سلبيه عن امكانياتهن مما يؤدى الى انخفاض الدافعيه للعمل والتطوير والابتكار بالتعليم عن طريق القدره والمحاكاه النموذجيه يتكون لدى الاطفال هذه المفاهيم السلبيه عن الذات والمجتمع والمستقبل وخصوصاً الاناث منهم .

مشاعر الذنب

يشعر الانسان عادة بضرورة مراجعة نفسه ومحاسبتها عما قامت به من سلوكيات أو عن أحاسيس ومشاعر ومعتقدات، ويصاحب هذه العملة آلام ومعاناه أو رضا وارتياح كل حسب ما سبقه من عمل أو شعور أو بلغة التحليل النفسى مراقبة الأنا العليا لكل من الهو والأنا. ومهما كان الانسان على قدر من الاتزان الإنفعالى والسوية لابد من ارتكابه بعض الأخطاء أو شعوره بالخطأ ولوم الذات ومحاسبتها. وهذه تعتبر ظاهرة صحية إذا كان الشعور بالذنب أو الخطأ واقعى ويرتبط بالإتيان بأخطاء محددة نحو الذات أو الآخرين أو البيئة من حول الفرد. والشعور بالذنب ضرورة تهذيبية كى يقلع الفرد عن أخطائه ولكن لا يصل إلى حد الشعور بالذنب الوهمى الذى يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هى لدى مريض الاكتئاب نهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لموضى الاكتئاب عن بقية الاضطرابات الأخرى. توجد مشاعر الذنب الوهمية لدى بعض المرضى الذهانيين عن أخطاء لم يرتكبوها. فقد وجد (دارفيل وآخرون Darvill et al ١٩٩٢) ترابط بين الذهانية ومشاعر الذنب. والذهانية فى تلك الدراسة هى بعد من أبعاد الشخصية عند «أيزنك» وتظهر مشاعر الذنب العالية فى صورة عقابية مرتدة للذات واستخدم (فولدىس Foulds) لفظ العقابية الداخلية والخارجية. واعتبر العقابية الداخلية تتضمن لوم الذات والشعور بالذنب وعلى هذا الأساس أعد (فولدىس Foulds ، ١٩٥٧) مقياس للعقابية و اتجاهاها (HDHQ) ، ورغم أن مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة للحالات المرضية والاضطرابات النفسية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافى فى الدراسات النفسية حتى الآن وبالتحليل العاملى لاختبار القلق كسمة وجد عامل خاص مشاعر الذنب (عبد الرقيب البحرى. ١٩٨٢). ويعتبر الشعور بالذنب

ضمن العوامل الأساسية في اختبار «بيك» "Beck" للاكتئاب واختبار «هاملتون» Hamelton Rating Scae for Investory Depression Eeck Depression). كما تظهر مشاعر الذنب في صورة مرتدة للذات تدميرية كما عبّر عنها (ستودتStuddt ، ١٩٨١) لدى المرضى السيكوسوماتيين وتم تناول مشاعر الذنب كمتغير سالب التأثير على الشخصية مع مجموعة من المتغيرات التي حددها (واطسنWatson ، ١٩٨٥) وأطلق عليها المؤثرات الانفعالية السالبة (NA) Negative Affective وهي الخوف والشعور بالذنب والعدائية والحزن واعتبر هذه المؤثرات مسؤولة عن ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية.

وإذا نظرنا لتلك المؤثرات وجدنا أن دور مشاعر الذنب مضاعفا فهو كعامل منفصل ثم ضمينا في العدائية حيث أن العدائية الداخلية حسب اختبار (HDHQ) تشتمل على قسمين لوم الذات، الشعور بالذنب.

ومشاعر الذنب يتم تعلمها في مرحلة الطفولة من الآباء والأمهات والمشرّفين على تربية الطفل وخصوصاً من الأمهات المكتنبات. ويرجع ذلك إلى ارتفاع درجة الشعور بالذنب لديهن كما في دراسته (Zahn, Waxler Carolyn, ١٩٨٩).

وترتبط مشاعر الذنب بالهجل كما في دراسة (فيهر Fehr& Stamps, ١٩٧٩) وما أن مشاعر الذنب تعتبر متغير من متغيرات دراسة

الشخصية ونظر لها كمؤشر من المؤشرات الدالة على السوية أو المرض. ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمتصل يمثل بثلاث مستويات لمشاعر الذنب وما تزودى إليه ارتفاعاً أو انخفاضاً.

مشاعر ذنب مرتفعة تتسلسل إلى درجة تورم الحنأ وتصحبه مثل مرضى الاكتئاب وتزودى إلى الانتحاب وانخفاض تقدير الذات	مشاعر ذنب طبيعية تنضن الرعة في الإصلاح وتزودى إلى التكيف مع الذات والأخرين	مشاعر ذنب منخفضة وتتسدل على الامسالة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين والذات. الانفصال عن الواقع
--	--	---

ويرى كل من (فريدمان وميورس Freedman & Mauric . ١٩٩١) أن مشاعر الذنب تتكون وتنمو لدى الفرد من علاقته بالآخرين وإدراكه للموقف المشير للذنب أو المشاعر المرتبطة به أو التوحد مع شخص يعانى من الشعور بالذنب.

الشعور بالذنب Guilt Feeling

يعرف (احمد عزت راجح، ١٩٧٧) الشعور بالذنب أو وخز الضمير هو الألم الذى ينجم عن قيام الفرد بعمل لا يرضاه ضمير. وسواء كان هذا العمل خلقيا أو دينيا أو اجتماعيا شعور سوى ذو قيمة تهذيبية للفرد. تشير مشيرات محددة يعرفها الفرد ويدركها بوضوح كالتورط فى علم غير مشروع أو الاتيان بقول أو فعل خاطئ. غير أن هناك شعور بالذنب غير معروف المصدر هائم طليق كالقلق العصائى. وكثيرا ما يقترن بالقلق واستحقارها الذات أو الاشمئزاز منها. فترى الفرد لا يعرف لماذا يشعر بالذنب وينتابه شعور غامض موصول بأنه مذنب آثم حتى إن لم يكن أذنب أو أتى شيئا يستحق عليه العقاب أو يلوم نفسه على أمور لا تستحق اللوم ويرى في أهون أخطائه ذنوبا لا تغتفر.

ويرى (صلاح مخيمر . ١٩٧٩) أن الشعور بالذنب هو قلق تجاه الأنا العليا. والدافع لهذا القلق هو الحاجة إلى البراءة والضمير الخلقى هو المرجح من حيث الشعور بالآثم أو تقدير الذات (البراءة).

وبعد الاطلاع على العديد من تعريفات الشعور بالذنب .

نقدم التعريف الآتى :

الشعور بالذنب هو ألم نفسى داخلى يشعر به الفرد داخليا أى حوار داخلى بين الفرد وذاته ويلغة التحليل النفسى بين الأنا والأنا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثام. وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغ فيها لا ترتبط بخطئ واضح أو واقعى وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه وكأنها لا تفتنفر وشوهم أن

المحيطين به يعلموها جيدا وتؤدي إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحيانا أخرى يقل الشعور بالذنب لدرجة عدم المبالاة وتحمل المسؤولية. يرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد أو نحو ذاته وحياته الخاصة.

ولا توجد دراسة عربية واحدة تناولت مشاعر الذنب لدى أى عينة من الأفراد سوى دراسة عن الخجل قام بها (حسين الدرينى، ١٩٨١) ووجد ارتباط بين الخجل ومشاعر الذنب واعتبر مشاعر الذنب من صفات الشخص الخجول.

وتناولت الدراسات والبحوث الأجنبية الشعور بالذنب فى ثلاثة اتجاهات :-

أولاً: دراسات تناولت مشاعر الذنب لدى فئات مرضية مثل :

- دراسة (فريدمان وكاهلان Freedman & Daplan ١٩٨٢).

الذنان قاما بتسجيل مشاعر الذنب لدى الفصامين والمشاعر المتجهة نحو الآخرين ووجد أن مشاعر الذنب نقل لدى الفصامين عنه لدى الأسوياء مع عدم تغير المشاعر نحو الآخرين عنه لدى الأسوياء، وهذه الدراسة لم تميز بين فئات مرضى الفصام.

- ودراسة (ذاهن ووكلسر وكارولين Zahen, Waxler & Carolyn

١٩٩١) قاموا بمقارنة مشاعر الذنب لدى (٣٣) مريض عصاب قهري، (٢٤) يعانون من القلق وتم تحديد مستوى التدبير للعبتين. وأظهرت النتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى العصاب القهري والقلق من حيث مستوى الشعور بالذنب لصالح حالات القلق. ووجد ترابط بين درجة التدبير العالية ومشاعر الذنب لدى مرضى العصاب القهري. أى أن مرضى العصاب القهري ذوى درجة التدبير العالية هى الفئة التى ظهر فيها مشاعر الذنب بدرجة مرتفعة عن بقية الفئات. هذه الدراسة أظهرت أن مرضى القلق لديهم مشاعر ذنب مرتفعة.

ودراسة (دارفيل وتوماس وجوهنسون ورونالد ودانك جورج Darvill, Thomas, Johnson, Ronald, C. & Dank George ١٩٩٢). عن مشاعر الذنب وعلاقتها بكل من العصابية والذهانية والقلق الاجتماعي لدى (٩٦) طالب جامعي. وأظهرت الدراسة ارتباط موجب بين الذهانية ومشاعر الذنب ولا ترتبط العصابية بمشاعر الذنب. ويلاحظ أن هذه الدراسة تناولت العصابية والذهانية كبعدين على قائمة (أيزنك للشخصية) وليست كحالة مرضية.

ثانياً: دراسات تناولت مشاعر الذنب وعلاقتها ببعض المتغيرات في الشخصية :

- دراسة (بيتر وماري وبرست وسيوسان Pinto, Mary, Priest & Susan ١٩٩١) عن العلاقة بين مشاعر الذنب لدى السيدات العاملات وكل من الغضب والسعادة تم تطبيق الإختبارات الخاصة على (٤٦) سيدة عاملة يتراوح العمر الزمني بين (٢٤-٤٨ سنة) ووجدوا ارتباط بين مشاعر الذنب العالية وكل من الغضب وعدم السعادة.

دراسة (بينو وماري وورويتز دان & Pinto, Mary Worobetz & Dan ١٩٩٢) عن علاقة مشاعر الذنب بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الأمهات العاملات وغير العاملات (٥٧) أم عاملة ومقارنتهن بأمهات غير عاملات ويتراوح العمر الزمني بين (٢٨-٥٩ سنة) أظهرت النتيجة وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات وكل من الضبط الداخلي ومشاعر الذنب. ولم تظهر فروق بين العاملات وغير العاملات في المتغيرات الثلاثة.

وهذا البحث يوضح انخفاض تقدير الذات لدى مرتفعي مشاعر الذنب.

دراسة (بيبي وجاني وزجلير وأدوارد Bybee, Jane & Zigler Edward ١٩٩١) عن مشاعر الذنب لدى فئات من الأطفال في

علاقتها بصورة الذات. ووجدنا أن مشاعر الذنب تنتج من اضطراب العلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية. وهذا يتشابه مع فكرة التحليل النفسى من نشأة مشاعر الذنب كقلق تجاه الأنا العليا من جانب الأنا.

- دراسة (واطسن ودافيد كلارك لى & Wastson, David, Cark Lee ١٩٩٢) عن الوجدانات الإيجابية والسلبية فى الشخصية. والوجدانات هنا هى مجموعة من الانفعالات ذات التأثير السلبى أو الإيجابى وتم تصميم مقاييس للمؤثرات السلبية وهى الحزن، الحزن، العداية والشعور بالذنب وتم ترتيبها حسب وجودها مع كل الاضطرابات النفسية المعروفة. وقد سبق توضيح أن الشعور بالذنب جزء من المدائىة الداخلىة (العقابىة الداخلىة) بتعبير كل من «رورنزويج» و«فولدىس». ويرتبط الحزن وعدم السعادة مع مشاعر الذنب للألم الناتج عن تلك المعاناة النسبىة كما فى دراسة (بنتو ومارى ويرست وسيوسان. ١٩٩١).

ثالثاً: دراسات تناولت الكشف عن مشاعر الذنب وتقديرها:

- دراسة (مككسنا وكيسلير McKenna & Kessler ١٩٧٧). وهى دراسة مسحىة من (١٩٧٣ إلى ١٩٧٧) عن الدراسات التى اهتمت بتناول مشاعر الذنب وقياسها فوجدنا (٣٣) دراسة منها ٢٧٪ اهتمت بمشاعر الذنب لدى الرجال، (٣٣٪) للنساء، (٢٧٪) للجنس معاً، (١٣٪) لم تهتم بأثر الجنس. ويظهر من هذه الدراسة أن مشاعر الذنب لدى النساء أخذت اهتمام أكثر

فى علاقته مع الآخرين والظروف البيئية من حوله. وتخفى هذه الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية واعتمدت على أسلوب التخيل للكشف عنها. وأعزت الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة مثل الأخطاء الدينية أو تدنيس الأماكن المقدسة أو ارتكاب أخطاء ذات طابع اجتماعى.

هذه الدراسة بالإضافة إلى دراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين، ١٩٨٩) أكدت على تكوين مشاعر الذنب لدى الأطفال فى المراحل الأولى من حياتهم.

- دراسة (فريدمان وميوريس Freedman & Maurice، ١٩٩١)

عن مشاعر الذنب غير الظاهرة والموجودة فيما بين الشعور واللاشعور ولكن لا تظهر بصورة واضحة لدى الأفراد. ولكن يشعروا بالألم المصاحب لهذا الشعور ولكن تظهر هذه المشاعر وتصبح ظاهرة تمر بثلاث مراحل :

١- تحديد العملية المعرفية التى من خلالها تم تكوين مشاعر الذنب.
٢- يحدد الفرد العوامل للذنب الفرد الآخر المشترك معه فى موقف حدوث الذنب.

٣- يأخذ الفرد اتجاه نشط إجرائي نحو العالم الخارجى للتخلص من هذا الشعور بناء على ما تم فى الخطوتين ١، ٢.

- دراسة (كيجليسر وكارين وجومس وأرين Kugler, Karen، James & Warren، ١٩٩٢)

عن تحديد مفهوم الشعور بالذنب وتقديره وذلك بعد حصر (١٠٤١) دراسة تم تناول مشاعر الذنب فيها فى ثلاث اتجاهات رئيسية وهى :

١- أعداد قائمة لقياس مشاعر الذنب فى علاقته بالمعيار الأخلاقى.

٢- دراسة العلاقة بين مشاعر الذنب والحزى وغيرها من الانفعالات السالبة

لكشف المزيد عن الشعور بالذنب كسمة وكانفعال سالب .

٢- مقارنة مقاييس الشعور بالذنب مع غيرها من مقاييس الشعور بأخرى والمعيار الأخلاقي.

- دراسة (برجى وتيموثى بيرى ناثان ورائس جارى فيشر, Bogy, Timothy, L. Perry Nathan, Rancy & Cary Fischeler, ١٩٩١) للكشف عن مشاعر الذنب الكامنة لدى مجموعة من مرتكب الجرائم (٤٠٠ فرد) من مدينة نيويورك. وتم عرض فيلم مسجل لهم عن مواقف لمشاعر الذنب لبعض فئات من مرتكبي الجرائم. وبعد تطبيق اختبار تنسلة الجمل سجل ٧٨٪ من الحالات مشاعر ذنب عالية. وبعد فترة سجلوا ٧٣٪ منهم مشاعر ذنب عالية أيضا.

اختبار مشاعر الذنب بعداء

- طلبت من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (٥٥٠) طالب (٣٥٠) طالبة بكلية التربية بكفر الشيخ جميع الشعب كتابة وصف لمشاعر الذنب لدي الفرد. وعدم كتابة أسمائهم حتى يترك لهم حرية الوصف والتعبير. وتم تحديد درجة تكرار كل وصف من الأوصاف على هيئة بنود وتم حذف البنود التي لم تلقى تكرارا حتى وصل عدد عبارات الاختصار إلى (٨٥) بندا.

- تم عرض الاختبار في صورته الأولى على طلاب الدبلوم الخاص السنة الثانية بعد شرح معنى الشعور بالذنب لهم وتم استبعاد العبارات التي لم تلقى اختيار منهم بدرجة كافية، ووصل عدد البنود إلى (٧٣) بندا. والبنود مصاغة بأسلوب التقرير الذات.

- تم عرض الاختبار على الزملاء والزميلات. قسم علم النفس من أعضاء هيئة التدريس لاعطاء آرائهم حول صياغة العبارات واختيار أفضلها قياسا لمشاعر الذنب وتم حذف بعض العبارات أو استبدالها ووصل عدد البنود إلى (٧) بندا.

وتم وضع أربع مستويات للإجابة على الاختبارات (أبدا- أحيانا- بدرجة متوسطة- دائما) وتقابلها درجات (صفر، ١، ٢، ٣).

- تم عرض الاختبار على (٣ أساتذة صحة نفسية). وتم الاتفاق على أغلبية البنود وتم تعديل بعض الصياغة فى البنود وحذف بعض البنود حتى وصل إلى ٦٤ بنداً.

- تم تطبيق الاختبار على (١٠٠) طالب، (١٠٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ومتوسط درجات الذكور (٤، ٧٥) والانحراف المعياري (١، ٢٣) والاناث (٣، ٨٥) وانحراف معياري (٤، ٢٤). وتم استخراج الدرجات المعيارية المعدلة المقابلة للدرجة الخام لدى عينة الطلاب والطالبات.

- وتم حساب ثبات الاختبار باعادة تطبيقه على عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالباً، (٣٠) طالبة فواصل زمنى شهر ووصل معامل الثبات إلى (٠.٧٥)، (٠.٦٩) لدى عينة البنات والبنين على الترتيب.

- تم حساب صدق الاختبار بطريقتين :

- (١) بتطبيق الاختبار على مجموعة من مرضى الاكتئاب (٣١) حالة، (١٩) إناث، (١٢) ذكور من مستشفى الصحة النفسية بطنطا من العيادة الخارجية. وحصلوا على درجات عالية مقارنة بمتوسط درجات طلاب وطالبات الكلية فى العينة السابقة فبلغ متوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الذكور (١٢٨ر٤) ومتوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الجنسين. وهذا يدل على صدق الاختبار حيث أن مرضى الاكتئاب أعلى شعوراً بالذنب من أى مجموعة مرضية أخرى مثل دراسة (فهنز وآخرون) (١٩٧٢) (وجرنكو وآخرون ١٩٦٢) ودراسة (بلومبرج وازارد Blumberg Iazard ١٩٨٦) وأيضا فى دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية DSM.III تظهر مشاعر الذنب لدى الاكتئابيين بصورة حادة

- تم حساب الصدق التمييزي للاختبار بايجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات كما هو موضح بالجدول التالي رقم (١) لدى طلاب وطالبات السنة الأولى كلية التربية بكفر الشيخ.
- يقسم اختبار مشاعر الذنب الشعور بالذنب لدى الفرد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره على العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وآثاره أيضا على دافعيته للعمل وأمله في الحياة. ويتضمن وصفا للآثار النسبية والألم الناجم عن الشعور بالخطأ. وقد تصل مشاعر الذنب إلى درجة وهمية لارتبطت بخطأ واقعى حقيقى ارتكبه الفرد. ويشمل أيضا مشاعر الذنب حول التقصير في العبادات والنواحي الدينية والخوف من العقاب في الآخرة ورغبة الفرد في التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.

جدول رقم (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات على اختبار مشاعر الذنب

العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة «ت»	دالتها
الأعلى ٢٧٪	٩٢	١٣ر٢	٨ر٢	دالة عند مستوى
بين				
الأقل ٢٧٪	٥٦	١١ر١٠		٠.٠٠٥
الأعلى ٢٧٪	١١٦	١٥ر٨	٩ر٢	دالة عند مستوى
بنات				
الأقل ٢٧٪	٥٩ر٧	١٢ر١٠		٠.٠٠٥

- والفرق بين المجموعتين من كلا الجنسين دال كما هو موضح بالجدول (١).
- تم وضع مفتاح لتصحيح الاختبار ومستويات للدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة ، كما هو موضح بالجدول التالي (٢)*..

جدول رقم (٢)

الدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة لكلا الجنسين

الدرجات	متوسط		منخفض جداً	مرتفع جداً
	مرتفع	مرتفع جداً		
الدرجة الخام	١٥٩-١٢٨	١٢٧-٦٤	صفر-٦٣	١٦٠-١٠٢
الدرجة المعيارية المعدلة للاناات	٧٩٦-٦٧٢	٦٦٨-٤١٦	صفر-٤١٢	٨٠-٢٠٨
الدرجة المعيارية المعدلة للذكور	٨٣٦-٧١٢	٧٠٨-٤٥٦	صفر-٤٥٢	٨٤-٢٠٨

فقدان الشهية العصبي

تعتبر العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الطعام أو العزوف عنه معروفة منذ زمن بعيد، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن توتر الفرد واضطرابه أو سويته. وتم النظر إلى اضطرابات الأكل (Eating Disorders) كفئة مستقلة من الاضطرابات في السبعينات من هذا القرن. ويوضع فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) ضمن الأمراض السيكويوماتية في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية الذي تصدره رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (DSM. III) وتزداد نسبة فقدان الشهية العصبي لدى الإناث والسيدات حيث أوضح (كيبورك هاس. Kurk Hass ، ١٩٧٩) أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي بين الإناث تصل إلى أكثر من (١٠٪) من بين اضطرابات الأكل .

ووجد (برومبرج وآخرون Bromberg, et al ، ١٩٨٠) أن نسبة فقدان الشهية العصبي بين الإناث والسيدات تصل إلى (٩٥٪) من بين حالات اضطرابات الأكل ويعزى ذلك إلى تعرضهن للضغوط الإجتماعية والثقافية الخاصة بمعايير الجاذبية الجسدية التي تركز على النحافة. مما يسبب الخوف من زيادة الوزن ورغم أن العينة التي أجري عليها بحثه من ولاية شيكاغو الأمريكية إلا أنها تعكس ارتفاع نسبة حدوثها بين الإناث والسيدات .

ووجد (ألفورد وبوجلجى. Alford & Bogle ، ١٩٨٢) أن أعلى نسبة لحدوث فقدان الشهية العصبي بين الإناث في عمر زمني يتراوح بين (١٢ - ١٨ سنة) وتصل نسبة انتشاره إلى (١٨٪) مع ملاحظة أن ثلثي هذه النسبة يتحسن تلقائياً بعد مرور مرحلة البلوغ وبداية المراهقة وبذلك تصل النسبة إلى حوالي ٦٪ في مرحلة المراهقة ويؤكدان على عدم حدوثه قبل سن العاشرة ورغم ذلك وجد (أدريان فورينهام) حالات في السابعة وتعاني من فقدان الشهية العصبي .

وهذه النسبة التي قدمها (ألفورد وبوجلجى) في بريطانيا وهي مجتمع غربى له معايير خاصة به من حيث الإعتقادات السائدة بين الفتيات عن معايير الجاذبية الجسدية .

وفى أمريكا وجد (سيلفر ستين Silverstein ، ١٩٨٦) أن نسبة عالية من اهتمامات المرأه تركز على شكل الجسم ووزنه بتأثير وسائل الاعلام والمؤتمرات .

الإجتماعية ومفهوم الجاذبية الجسدية يرتبط بالتحافة أكثر من البدانة ووجد أن حالات فقدان الشهية العصبى لديهن معايير ومستويات غير واقعية عن الجاذبية فى تكوين الجسم وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات إلى (١٠٪) بين الإناث .
- فى دراسة (أجراس. Agras ، ١٩٨٧) بجامعة نيويورك وجد حالات فقدان شهية عصبى دون العاشرة من العمر والاضطرابات أكثر شيوعاً فى عمر زمنى بين (١٢ - ١٨) سنة وتعزى النسبة العالية لفقدان الشهية العصبى بين الإناث إلى تأثير المخاوف التى تشبها وسائل الإعلام من زيادة الوزن وفقدان الجاذبية الجسدية بزيادة الوزن وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات بين الإناث إلى (١٢٪) .

ويؤكد (أدريان فورينهام. Furnham, A. ، ١٩٩٣) أن انتشار اضطرابات الأكل ازدادت بنسبة عالية فى العقدىن الأخيرين ودلت بحوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (٧ - ٢٥) سنة على أن نسبة الانتشار بين الطالبات فى سنوات الدراسة تصل إلى (١٨ - ٢٠٪) مما يعرض حياتهن للخطر فيما بعد .

- ويلاحظ فى العرض السابق مايلى :

أولاً: زيادة نسبة الانتشار حتى وصلت إلى (٢٠٪) بين الإناث .

ثانياً: حداثة العمر الزمنى لبداية الاضطراب .

ثالثاً: أعلى نسبة انتشار تقع بين طالبات المدارس والجامعات أثناء سنوات الدراسة .

رابعاً: لا توجد دراسات عربية أو مصرية توضح نسب انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث .

ومن البحث فى التراث السيكولوجى الحديث وحددت نموذجاً لنظرية ديناميكية يبحث عن أسباب الإضطراب بأسلوب يكمن فى خصائص شخصية المضطرب وهو نموذج (بيترسلاذ ، Slade, P. ، ١٩٨٢) ولقد أطلق على هذا النموذج «النموذج التحليلى الوظيفى» كإسم مستعار من العلوم الطبيعية وبعد إجراء العديد من الدراسات عن فقدان الشهية العصبى توصل (بيترسلاذ) إلى وجود بعدين سلوكيين أساسيين اعتبرهما السبب الرئيسى وراء حدوث الإضطراب وهما :
الكمالية Perfectionism . وعدم الرضا العام.

وفى دراسة أخرى قام بها (سلاذ وآخرون، ١٩٩١) توصل إلى وجود بعد ثالث هو الضبط والسيطرة وبذلك أصبحت الأبعاد السلوكية الثلاثة بمثابة الأسباب المسئولة عن الإضطراب وتعتبر أبعاداً سلوكية مميزة لشخصية ذوى اضطراب فقدان

الشهية العصبى واستنتج ذلك من الآراء السابقة حول الأسباب ومن المقابلات الكليتيكية التعمقة التى أجراها مع الحالات العديدة من فاقدان الشهية .

هناك نظرية أخرى قدمها (أدرينان فورينهام

Furnham, A.) تبحث عن الأسباب من خلال اعتقادات وآراء الحالات المرضية والسوية ولذلك أطلق عليها النظرية الوضعية (Lay Theory) بالإضافة إلى استفادته من النظريات العلمية الخمسة التى تبحث عن أسباب فقدان الشهية العصبى بوجهات نظر مختلفة ومنها :

١ - النظرية الخاصة بنظام الأسرة : Family System Theory
والتي اعتبرت أن الديناميات الأساسية المسنولة عن الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها وأكدت أن أسر المضطربات تتميز بأهيات أكثر سيطرة وتحكماً ولاتناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

٢ - النظرية الخاصة بالتوافق النفسى الإجتماعى المرضى:
Theory of Maladaptive Psychosocial adjustment:
واعتبرت الخبرات الإنفعالية والعلاقات الإجتماعية فى الطفولة هى المسنول الأول عن هذا التوافق مثل النبذ والعداية من الراشدين. (كوسى وآخرون. Crespe. et al , ١٩٨٢) .

٣ - النظرية الثقافية الإجتماعية : Socio - Cultural Theory
وتعتمد على الأفكار السائدة فى المجتمعات عن المعايير والمقاييس الخاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً لدى الإناث والسيدات العاملات (كوسى وآخرون. Crespe. et al , ١٩٨٢) .

٤ - نظرية الأنوثة : Femimist Theory
وأعزى (أورباك. Orback , ١٩٧٩) فقدان الشهية العصبى لدى الإناث أو السيدات إلى محاولة المرأة المنافسة مع الرجل فى مجال العمل باستمرار وتعدد أدوارها الإجتماعية مما خلق نوعاً من الصراع النفسى لدى الإناث يظهر فى رفضهن الطعام أو إهماله (أدرينان فورينهام وآخرون. Furnham. A. et al , ١٩٩٢) .

٥ - النظرية الفسيولوجية للمراهق : Physiology of Adolescent
وتتضمن التغيرات الفسيولوجية لكل من الإناث والذكور وما يترتب عليها من صراعات نفسية فى هذه المرحلة يكون ناتجها رفض الطعام وخصوصاً لدى الإناث (كوسى وآخرون, ١٩٨٢) .

هذه النظريات العلمية النفسية الخمسة قدمت فى مجموعها الحوائب المختلفة لأسباب فقدان الشهية العصبى ولذلك قام (فورينهام) باستخلاص نظرية عن

الإعتقادات والآراء من وجهة نظر الحالات ووجد أنها تعكس كل هذه النظريات
مجتمعة ولكن بأسلوب مختلف وتشمل نظرية (فورينهام) ثلاثة أقسام هي:

القسم الأول: الإعتقادات العامة : G. B

وتتضمن ٦ عوامل هي :

- ١ - العامل الأول: وهو ما أسماه بالبداية (Onset) وهو خاص بالعمر الزمني
الذي يبدأ فيه الإضطراب والحالة المزاجية والنفسية المصاحبه .
- ٢ - العامل الثاني: صورة الذات Self-image ويشرح فيه كيف يشعر ذوى
فقدان الشهية نحو أنفسهم وأجسامهم .
- ٣ - العامل الثالث: الوصفى لفاقدى الشهية وبخاصة الطبقة الإجتماعية وتاريخ
الإجتماعات أو الفشل السابق المدرك فى الحياة والوزن قبل فقد الشهية .
- ٤ - العامل الرابع: ويعكس أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بهما .
- ٥ - العامل الخامس: يوضح أن خصائص شخصية فاقدى الشهية تتميز بالوساوس
القهرية .
- ٦ - العامل السادس: ويعكس الإنكار البرانونى وهو يعكس ميول فاقدى الشهية
نحو إنكار الطعام والجوع ويعتبر بارنوى من حيث ضبط هذه العملية .

القسم الثانى: الإعتقادات عن الأسباب Beliefs About Causes:

ويشمل ستة عوامل هي :

- ١ - الأسرة والعلاقات بينها وتكوينها .
 - ٢ - الضغط الإجتماعى والنفسى .
 - ٣ - التغيير .
 - ٤ - التناقض .
- وينوده مشبعة بالتعامل مع الصراع الذى يعانیه فاقدات الشهية كنتيجة
لتطلبات المجتمع التقليدى لأدوار المرأة والتعارض بين أهداف مرحلة الرشد
ومتطلباتها التقليدية .
- ٥ - ثورة أو عصيان.
 - وتشمل عدم الرضا عن حياته. والتمرد على ما يحيط بالفرد .
 - ٦ - انعدام الطمأنينة .
- وهو نتيجة النبذ والعداثية فى العلاقات وعدم توفر العلاقات الودية .

القسم الثالث: المعتقدات حول إمكانية العلاج والتحسين :

Beliefs About Cure

- ويشمل خمسة عوامل هي :
- ١ - الخضوع . Authoritarianism
وهو إمكانية إخضاع الفرد للآراء، والمبادئ مثل خضوعه لأوامر الطبيب المعالج .
 - ٢ - قيمة الذات : Self. Worth
ويقصد به شعور الفرد بقيمته الشخصية .
 - ٣ - معالجة المشكلة : Coping .
ويشمل كيفية التعامل مع المشاكل اليومية وبعثيرالضغط والتحكم في عملية الأكل هو الإستراتيجية الوحيدة لمواجهة هذه المشاكل .
 - ٤ - العامل الفسيولوجي Physiological F
الإعتقاد في نجاح العلاج الهرموني طالما كانت عملية الوزن في زيادة .
 - ٥ - مصادرة الصراع : Conflict Reconciliation
يمثل الإعتقادات حول إمكانية العلاج بالتخلص من الصراع ومصادرة مصادره .
وقد أكد كل من (ليفين وجفرى. Levin & Jeffery, ١٩٨٩) .
على ضرورة الإهتمام بالإتجاه السيكودينامي في دراسة شخصية ذوات فقدان الشهية العصبى وأيضاً الإعتقاد لدى السويات مقارنة بتلك الفتنة وذلك للبحث عن أسباب الإضطراب .
وأشار (فورينهام، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الإتجاهات والإعتقادات حول أسباب الإضطراب من وجهة نظر الحالات السوية كما أن الأبحاث في مجال الآراء والمعتقدات كجانب معرفى نادرة .
وأشار (لیدی فيليبس . Philips, L., ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الأبعاد السلوكية والإتجاهية للمراهقات نحو اضطراب فقدان الشهية العصى. ووضع ذلك سابقاً في تكوين المعتقدات الخاطئة حول المعايير الصحية لوزن الجسم وتكوينه .
وتكمن خطورة فقدان الشهية العصبى بارتباطه مع مجموعة اضطرابات عصابية مختلفة مثل القلق والإكتئاب والوساوس القهرية مثل دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٣) وأحياناً يتزامن ويتداخل تشخيص الحالات مع كل منهما .

- ١ - درجة رفض الطعام اعلى من حالات فقد الشهية Anorexia .
- ٢ - فقد الوزن بدرجة أعلى .
- ٣ - انقطاع الطمث أو احتباسه Amenorrhea وانخفاض ضغط الدم وبرودة الأطراف ويتميز عن مرضى الغدة النخامية

زيادة ملحوظة في درجة الطاقة . ويتحول إلى حالة مزمنة في (٥٠٪) من الحالات وتصل نسبة الوفاة إلى (١٥٪) من هذا الإضطراب .
وضع (روسيل، Russe، ١٩٧٩) عدة شروط لتشخيص فقدان الشهية العصبي ومنها :

- ١ - يحد فقدان الشهية العصبي بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق .
 - ٢ - ينتج فقدان الشهية من تقييد الفرد لذاته عن الطعام.
 - ٣ - وجود اضطراب في اتجاهات واعتقادات الفرد نحو حجم الجسم ووزنه ووظيفة الطعام .
 - ٤ - يحتبس الطمث وأحياناً يتوقف ويضطرب إفراز الهرمونات .
- ويرى (بيتر سلاذ، ١٩٩٩) أن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب ثانوي للوصول إلى التكيف وكناتج عام لمجموعة من المشاكل والخصائص السيكولوجية المميزة لذوي فقدان الشهية العصبي.
- ولقد حددها (بيتر سلاذ) في نموذج المعروف المستخدم في البحث الحالي بنموذج التحليل الوظيفي ويقاس بمقياسه (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث .
ورود فقدان الشهية العصبي في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III) ضمن مجموعة اضطرابات الأكل نفسية المنشأ. أي ضمن الأمراض السيكوسوماتية .

الأبعاد السلوكية :

الأبعاد السلوكية عند (بيتر سلاذ) في نموذج تعنى خصائص تميز حالات فقدان الشهية العصبي عن غيرهم وديناميكياً بمثابة الأسباب الكامنة وراء، هذا الإضطراب وهي :

- أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :
 - تنشأ حالة عدم الرضا العام بالحياة والذات من اتجاه عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية وهذه العوامل هي:
 - صراعات المراهقة حيث تلعب الدور الرئيسي لدى الغالبية العظمى من حالات فقدان الشهية العصبي منها صراع (الاستقلالية - الإعتمادية) .
 - العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف .
 - الضغوط وخبرات الفشل في الأداء، أو الإختبارات أو الفشل في إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل في إنجاز هدف محدد .
- ويعتبر ذور الضغوط الإنجازية التحصيلية على قمة قائمة الأسباب المكثفة لفقدان الشهية العصبي .

ب - الميول الكمالية : *Perfectionism Tendancies*

وهي الرغبة في تبني مستويات عالية من الكمال وأحياناً تكون غير واقعية ويصعب تحقيقها. والفرد الكمالى السوى هو الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بقدره الحقيقى ويشفق السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير الذات أى أن شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه .

والفرد الكمالى العصابى هو الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله دائماً على أنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء، ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وهو غير قادر على الشعور بالرضا ويضخم الأخطاء واهتمامه بنقد الآباء والأمهات والشك فى قدرته على الأداء الجيد أو التصرف فى بعض المشكلات .

ج - الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم مواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات :

الدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح (سلاد) أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق لبعض مفاهيم الحياة الخاصة بهذه الحالات أو الوصول إلى النجاح الكامل فى أحد المجالات على الأقل. والمجال الوحيد الذى يمكن للفرد فيه ظهور عملية الضبط الذاتى والتحكم هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية وأمام العجز عن ضبط الخارج فى مجالات أخرى لتعقد المتغيرات المرتبطة بها يلجأ الفرد إلى ضبط هذه الوظائف الجسدية والبيولوجية ومن أهمها عملية الأكل .

بعد الاطلاع على العديد من الأبحاث فى مجال اضطرابات الأكل وبخاصة فقدان الشهية العصبى لدى الإناث تم تصنيف تلك الدراسات

أولاً: دراسات خاصة بفقدان الشهية العصبى وعلاقته بمتغيرات أخرى.

* دراسة (هيرزوج . Herzog ، ١٩٨٢)

أجرى مقابلة شخصية متعمقة لحوالى (٣٠) حالة تعاني من فقدان الشهية العصبى ووجد أن (٧٥٪) من بين هذه الحالات تعاني من الإكتئاب الأساسى (Major Depression)

* دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٣)

تناولت فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل

الإكتئاب والقلق والوساوس القهرية وأجريت الدراسة على طالبات الجامعة وتوصلت إلى وجود عامل عام لفقد الشهية العصبى والإضطرابات العصبية .

* دراسة (سوزان ميتزان Susan, M, ١٩٩٤)

وجدت علاقة بين اضطرابات الأكل كما تقاس بمقياس (SCANS) المستخدم فى البحث الحالى وأظهرت قدرة المقياس على تمييز فئة فقدان الشهية العصبى عن السويات وأيضاً عن بقية الإضطرابات الأخرى .

ومن الدراسات السابقة والخلفية النظرية يتضح - ارتباط فقدان الشهية العصبى بكل من الخوف من السمنة وزيادة الوزن والقلق والتوتر والوساوس القهرية والكمالية والإكتئاب ومن الصعب الحسم أيهما يسبق فى حدوثه الآخر أو أيهما السبب أو النتيجة .

ثانياً: دراسات خاصة بالمؤثرات الأسرية والحضارية والبيولوجية :

* دراسة (بريانت وآخرون. Bryant et al, ١٩٩١).

وهى دراسة كلينيكية لأربع حالات من الإناث الآسيويات اللاتى يقيمن فى بريطانيا أى يعيشن فى ثقافة مخالفة وهى الثقافة الغربية فى عمر زمنى يتراوح بين (١٣ - ١٤) سنة وأظهرت الدراسة أثر الصراعات الإجتماعية والثقافية فى ظهور اضطرابات الأكل وخصوصاً فقدان الشهية العصبى. ولفتت الأنظار إلى أهمية دراسة فقدان الشهية العصبى لدى الأطفال من البداية قبل مرحلة البلوغ .

* قام (سنج لى Lee, Sing, ١٩٩١) بدراستين فى هذا المجال إحداهما

عن فقدان لشهية العصبى لدى الإناث فى الهند والصين، وذلك لتوضيح دور العادات والإتجاهات والإعتقادات لدى الأفراد نحو الطعام ونظام الأكل وشكل الجسم لإظهار أثرهم على ظهور فقدان الشهية لدى الإناث .

وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة فى هذه المتغيرات وكذلك أكد أنها تختلف من مجتمع لآخر. ودراسة أخرى أجراها على الإناث فى عمر زمنى من (١٦ - ١٨) سنة من الصين يعانين من فقدان الشهية العصبى وأظهرت الدراسة قصوراً فى المفاهيم الخاصة بالغذاء وعلاقته بالأمراض المختلفة الأخرى. مثل علاقة زيادة الوزن بالكثير من الأمراض المزمنة الجلدية مثل حب الشباب بالإضافة إلى بعض الآراء والمعتقدات الخاطئة عن تكوين الشخصية وعلاقته بالجاذبية الجسدية من حيث تكوين شكل الجسم ووزنه .

وأعزى فقدان الوزن وضبطه إلى قصور فى تكوين بعض المفاهيم المميزة لشخصياتهن. وأيضاً القصور فى معتقداتهن حول إمكانية العلاج والتحسن .

* دراسة (ماريا راستام وآخرون Rastam, Maria. et al, ١٩٩١) عن الأسرة في حالات فقدان الشهية العصبي وتمت المقارنة بين مجموعة من مريضات (٥١) بفقدان الشهية العصبي ، (٥١) غير مريضة بمتوسط عمر زمني (١٦ر٢) سنة ولم تصل إلى تكوين أسرى خاص بأسر مريضات فقدان الشهية العصبي ولكن وجد أن أسر مريضات فقدان الشهية العصبي بها مشكلات نفسية بارزة بين أفرادها وبعض الحالات تعاني الأم من الإكتئاب البارز (MD) .

* دراسة (كاثلين هايك وآخرون Pike, Kathleen. et al, ١٩٩١): عن دور الأم من حيث اتجاهاتها وسلوكها تجاه اضطراب الأكل لدى بناتهن المراهقات وتمت المقارنة بين الأمهات اللاتي تعاني بناتهن من اضطراب فقدان الشهية العصبي مع أمهات تعاني بناتهن من اضطرابات أكل أخرى وأكدت الدراسة أن هناك اختلال في تكوين اتجاهات ومعتقدات الأمهات تجاه نوعية الأكل ونظامه في حالات فقدان الشهية العصبي .

* دراسة (داليد جيمرسون وآخرون Jemerson, D., et al, ١٩٩١) عن دور السيروتونين في حدوث اضطرابات الأكل وتوصلت الدراسة إلى أن بداية حدوث فقدان لشهية العصبي (AN) معقد ويرجع إلى عدم الإنتظام في الجهاز العصبي الناقل وبرهن على أن النقص في السيروتونين يساهم في حدث اضطرابات الأكل .

* دراسة (رولاند نيل, Neil Rowland, ١٩٩١) : عن دور العوامل البيولوجية في حدوث فقدان الشهية العصبي. وقام بمراجعة العمليات السيكيوبولوجية الكامنة وراء تخزين الطعام كما هو في الشره للطعام العصبي (Bulimia nervosa) أو كما هو في حالات فقدان الشهية العصبي (AN) ودور الهيبوثلامس في عملية التمثيل الغذائي فجانبي الهيبوثلامس ربما يكونان غير متعادلين من حيث الوظيفة في علاقتهما بالتمثيل الغذائي .

ثالثاً : دراسات خاصة ببعض متغيرات الشخصية لدى حالات فقدان الشهية العصبي :

* دراسة (بيتر سلاو وآخرون. Slade, P. et al, ١٩٩٠). عن الفروق بين ثلاث مجموعات (٣٩) حالة تعاني من فقدان لشهية العصبي من طالبات الجامعة، (٣٥) حالة تعاني من الشره الطعام مع تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي، (٣٢) حالة بدون تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي.

وأُسفرت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث على مقياس (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث وهذا يوضح مدى الترابط بين فقدان الشهية العصبى والشراهة للطعام فى المقاييس الفرعية الثلاثة لهذا المقياس .

*دراسة (فيليبس ليدلى وآخرون Leadelle, Philips et al ١٩٩٣) عن الأبعاد السلوكية والمعرفية لدى المراهقات ذوات فقدان الشهية العصبى والسويات وطبق قوائم اضطرابات الأكل (EDI) Eating Disorders Inventory على عينة غير مرضية (١٢٢) من الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (١٢ - ١٨) سنة ووجد أن (٣٠٪) من الحالات فى مستوي الوزن غير الطبيعى، (٤٪) من الحالات فى حالة مرضية خطيرة نتيجة للنقص الزائد فى الوزن. وأظهرت الدراسة عوامل خاصة بشخصية ذوات فقدان لشهية العصبى مثل المعاناة من الضغوط النفسية، وكيفية التحكم فى نوبات الغضب والشعور بالأمن النفسى وصورة الجسد والخوف الزائد من السمنة ليحصلن على المجاذبية الجسدية والإجتماعية فى المحيطين بهن ووضع مستويات غير واقعية يصعب تحقيقها ويمثل ذلك عامل الكمالية العصابية (NP) هذا العامل الأخير له مقياس فرعى من مقياس (SCANS)

(١) مقياس سلوكيات فقدان لشهية العصبى :

Setting Condition of Anorexia Nervosa: -

تأليف (بيتر سلاذ وديوى. Slade, P & Dewey, ١٩٩١) *

شمل هذا المقياس فى صورته الأولى (١٩٨٦) مقياسين فرعيين هما الميول الكمالية وعدم الرضا العام وبعد العديد من الدراسات تمكن (بيتر سلاذ وديوى، ١٩٩١) من استخراج مقياس آخر وهو الضبط والتحكم فى سلوكيات الفرد وبذلك أصبح المقياس مشتملاً على ثلاثة مقاييس فرعية وهى :

مقياس الميول الكمالية، عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات، الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة .
ويشتمل المقياس على (٢٢) بنداً من بينهم (٨) بنود لمقياس الكمالية، (٨) لمقياس عدم الرضا العام، (٦) لمقياس الضبط والسيطرة .

وقدمه (بيتر سلاذ وديوى، ١٩٩١) بعد المقابلات الكلينية المتعمقة لحوالى (١٢٧٠) حالة على مدار سنوات طويلة، كما قدم نموذج المعروف بالتحليل الوظيفى. ويتميز هذا المقياس بقياسه للخصائص السلوكية الديناميكية للشخصية واعتبارها بمثابة أسباب للإضطراب .

إعداد المقياس وتقنيته :

تعريب المقياس بأسلوب مبسط يصلح للمجتمع المصرى وتم تطبيقه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ فى الفصل الدراسى الأول يصل عددهن إلى (٦٨٢) طالبة بمتوسط عمر زمنى (١٧,٦٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من الدرجة الكلية للمقياس والمقياس الفرعية الثلاثة :

جدول رقم (١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لطالبات السنة الأولى بكلية التربية على مقياس (SCANS)

ن=٦٨٢ الدرجة الكلية الميول الكمالية عدم الرضا العام الحاجة للضبط العمرالزمنى					
م	٦٧,٨	٢٨,٨٤	١٩,٥٦	١٩,٣٦	١٧,٣
ع	١٦,٥	٧,٨	٤,٧	٤,٥	٣,٢

* وتم حساب ثبات المقياس كالتالى :

- (أ) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة من الطالبات (١١٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ووجد أن معامل الثبات للدرجة الكلية (٨٥) ولقياس الميول الكمالية (٧٨) ولقياس الحاجة للضبط (٧٥) ولقياس عدم الرضا العام (٨٢) .
- (ب) بالاتساق الداخلى للمقياس بإيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والمقياس الفرعية الثلاث كما هو موضح بالجدول رقم (٢) .

جدول رقم (٢)
معاملات الارتباط بين مكونات مقياس (SCANS)

الدرجة الكلية	الميول الكمالية	عدم الرضا العام	الحاجة للضبط
-	-	-	-
الدرجة الكلية	٨٢ر	٨٧ر	٦٧ر
الميول الكمالية	-	-	-
عدم الرضا العام	٧٥ر	-	-
الحاجة للضبط	٦٨ر	٩٠ر	-

- الصدق :

تم حساب الصدق للمقياس باستخدام مقياس آخر وهو قائمة كورنيل للشخصية وتم استخراج معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية والدرجة الكلية على هذا المقياس. ومعاملات الارتباط بينها موجبة ودالة عند مستوى (٠.١) كما هو موضح بالجدول رقم (٣).

جدول رقم (٣)

معاملات الارتباط بين مقياس SCANS ومقاييسه الفرعية
الثلاث والدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية

ن=١١٠	الدرجة الكلية	عدم الرضا العام	الميول الكمالية	الحاجة للضبط
قائمة كورنيل	٦٩٦ر	٧٢ر	٦٨ر	٦٩ر
للشخصية				

(٢) مقياس الاعتقادات العامة لفقدان الشهية العصبي :

Beliefs About Anorexia Nervosa Scale (BANS)

تأليف (أدريان فورينهام، A Furnham)

وقدمه (فورينهام) بناء على نظريته الوضعية في فقدان الشهية العصبي ويشتمل هذا المقياس على (١٠٥) بنداً موزعة على (٣) أقسام رئيسية أى يشتمل كل قسم على (٣٥) بنداً .

القسم الأول:

الإعتقادات العامة حول خصائص شخصية ذوات فقدان الشهية العصبي
ويتضمن (٦) عوامل تم شرحها في الخلفية النظرية لهذا البحث
القسم الثاني:

الإعتقادات في الأسباب المسئولة عن هذا الإضطراب ويتضمن (٤) عوامل.

القسم الثالث : (٣٥) بنداً .

الإعتقادات في إمكانية العلاج والتحسن (٣٥) بنداً .
ووضع هذا المقياس (أديان نورينهام، ١٩٩١) بتحليله لخمس نظريات
علمية عن أسباب فقدان الشهية العصبي كل منهما تقدم وجهة نظر مختلفة عن
الأخرى بالإضافة إلى المقابلات الكلينيكية للعديد من الحالات ويتميز هذا
الاستبيان بقياسه لأراء واعتقادات الحالات السوية والحالات المضطربة. أي يقيس
البعد المعرفي والإيجابي نحو هذا الإضطراب تم تعريب هذا المقياس ثم إعداده
وتقنينه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (١٩) طالبة
بمتوسط عمر زمني (١٧،٣٥) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية
للأقسام الثلاثة للمقياس كما هو موضح بالجدول رقم (٤) .

جدول رقم (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدى طالبات السنة الأولى
بكلية التربية بكفر الشيخ على مقياس (BANS)

ن=١٩ طالبة	القسم الأول	القسم الثاني	القسم الثالث
م	١٣٢،٣٦	١٤١،٨	١٦٠،٢٢
ع	٢٢،٧	٢٥،١	٢٦،٣٥

النتائج :

- تم حساب ثبات المقياس كالتالي :
- (١) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة (٨٠) طالبة من السنة الأولى شعبة رياض أطفال ومعاملات الثبات للأقسام الثلاثة بالترتيب هي: (٨٥)، (٨٧)، (٨١) .
 - (٢) حساب الإتساق الداخلي للمقياس وذلك بإيجاد معاملات الارتباط بين الأقسام الثلاثة الفرعية للمقياس وذلك موضح بجدول رقم (٥) .

جدول رقم (٥)
معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية الثلاث لمقياس (BANS)

القسم الأول	القسم الثاني	القسم الثالث
-	-	-
٧٨ر	-	-
٨٢ر	٧١ر	-

وجميعها معاملات ارتباط دالة عند مستوى ٠.١ وتوضح مدى ما يميز به المقياس من اتساق وتربط بين مقاييسه الفرعية الثلاث .
وتم حساب الصدق للمقياس بحساب الفروق بين متوسطات أعلى وأقل الدرجات على المقاييس الفرعية الثلاث (أى بطريقة المقارنة الطرفية) كما هو موضح فى جدول (٦) .

جدول رقم (٦)
الفروق بين متوسطات أعلى الدرجات من الطالبات (٤٥ طالبة)
وأقل الدرجات على مقياس (BSNS) بمقاييسه الفرعية الثلاثة

القسم الأول	القسم الثاني		القسم الثالث	
	م	ع	ت	م
١٤١٢	٢٤١	١٥٢٧	٢٦٢	١٧٠٣
٢٩٥**	٢٢٢**	٢٤٢	١٤١١	٢٧١
١٢٧	٢١٥	١٢٦	٢٢	٢٤٢

** دالة عند مستوى ٠.٠٥ لصالح أعلى الدرجات .

نموذج «بيتر سلايد» التديلي الوظيفي لفقدان الشهية العصبي

أقدم هنا أطواراً ملخصاً للتصور الذى وضعه (بيتر سلايد Peter Slade) المشتق من ملاحظاته الكلينيكية ونتائج أبحاثه ثم الدمج بينهما ومحاولة تحليلهم وظيفياً. والنموذج يوضح خطوات للتطوير فى موضوع فقدان الشهية العصبي فى اصطلاحات وضعت على هيئة افتراضية للعوامل المحدثة والمتغيرات ومع استمرارها فى وجود المعززات السالبة والموجبة. بخاصة افتراض أن السلوك الإطعامى الأولى ناتج من المثير النفسى الإجماعى اللاشعورى وفى سياق الشروط والحالات الثابتة البارزة يزيد الاستعداد نحو ضبط الذات والضببط الجسدى بالذات ويالتالى إلى أسلوب الأكل غير الناحج الذى يؤدي إلى إزدياد تأثيره بعواقبه والتي تؤدي ببطئ إلى فقدان الشهية العصبي ، فى هذا النموذج يعتبر فقد الشهية محاولة استراتيجية تكيفية وتأخذ قيمة وظيفية للفرد .

وتم وصف الشروط الثابتة المسنولة فى حياة الأفراد الحالية ومواقف الحياة بالمثل تم وضع نموذج لحدوث الشره العصبي للطعام. ونوضح هنا النموذج الخاص بفقدان الشهية العصبي وبه وصف لكل الشروط الثابتة والعوامل والضغوط البيئية والبيولوجية المسبة لفقد الشهية ومساها فى صورة تخطيطية مع تقديم الخلفية النظرية والعلاجية المناسبة .

فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

يعنى فقد الشهية من أصل عصبي وعموماً يعرف بأنه اضطراب سيكوسوماتى للأسباب الآتية :

- الغالبية من مرضى فقدان الشهية لم يفقدوا الشهية بسبب مرضى ولكن تجريره سلوكية ضاغطة وتم الحصول على الكثير من الخبرات المؤيدة لذلك .
- يحمل الاصطلاح انطباعاً أن مخزون الطعام منخفض ويتبعه انخفاض فى الوزن كنتيجة لانخفاض الشهية .
- تقدم الملاحظة الكلينيكية اقتراحاً أنه من المحتمل تكوين مفاهيم خاطئة عن عادات الأكل والوزن مما يجعلهم يغيروا من الطبيعة الغرضية للسلوك الغذائى .

ويعطى الاصطلاح انطباعاً عاماً أن هذه الحالة تم تصنيفها ضمن فئة اضطرابات الأكل بالإضافة إلى ارتباطها مع مشاكل سيولوجية مختلفة .
والهدف الرئيسى من هذه المقالة هو توضيح الأطر الخاصة بالنموذج الوظيفى لفقدان الشهية ويتضح من هذا النموذج أن مشكلة الأكل ليست اضطراباً أولياً ولكن اضطراباً ثانوياً للوصول إلى التكيف وكناتج لمجموعة عامة من المشاكل السيولوجية .
ويوجد حديثاً مجموعة من المعايير الإجرائية التشخيصية ومنها سن حدوث فقد الشهية العصبى. ويحدث فى مرحلة المراهقة. ويحدد فقدان الشهية بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق. وتم وضع ستة معايير للحكم على الاضطراب. وتحدد بوجود مظهرين على الأقل من المظاهر الستة .

ولقد وضع (روسيل ١٩٧٠ Russel) التشخيص التالى:

- ١ - ينتج فقد الشهية كنتيجة لتقييد الفرد لذاته عن الطعام (Self - imposed) .
- ٢ - يكتسب الطمث لدى الإناث وأحياناً تتوقف الدورة الشهرية ويضطرب إفراز الهرمونات مع الغدد اللاقنوية للذكور .
- ٣ - وجود اضطراب نوعى فى اتجاهات المريض نحو حجم الجسم وشكله ووزنه ووظيفة الطعام .
وافترض (روسيل ، ١٩٧٩) وجود فئة منفصلة أطلق عليها الشره العصبى (Bulimia Nervosa) ووضع لها ثلاثة معايير لتحديدها كفئة مستقلة :
 - ١ - دافع قوى لابقاوم لزيادة الإطعام متعاقب مع مشاعر الجوع الشديد .
 - ٢ - المحاولة لتجنب الزيادة فى الوزن بالحث الذاتى على القيئ أو الاستخدالم المزم للسهلات .
 - ٣ - الخوف الشديد من الاستمرار فى زيادة الوزن نظراً للدفاع القوى للأكل، ويجمع المعلومات من مرضى فقد الشهية العصبى (٣٠) حالة لم يظهر معيار أساسى تميز مرضى فقد الشهية العصبى لدى (٢٠٪) من بينهم بينما لم يظهر أيضاً (٦٧٪) احتباس للدورة الشهرية وبذلك تظهر النتائج التى توصل لها «روسيل» أن فئة الشره العصبى لا تعتبر منفصلة حيث أظهرت الحالات ذات الشره العصبى (٥٧٪) منهم تاريخ سابق لفقدان الشهية، (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق من فقد الشهية والباقي لديهم مشكلات وأسرار فى تاريخهم الماضى لم يظهروها .

وفى النموذج الحالى (نموذج بيترسلادا) اصطلح على تناول الصيغة الحرفية والتحليل الوظيفى لكل فنة منفصلة .

الصيغة الحرفية للتحليل الوظيفى: The functionalanalysis Paradigm
اصطلاح التحليل الوظيفى مستعار من العلوم الفيزيقية والبيولوجية. واستخدم لوصف الشكل والعلاقة الرياضية بين المتغيرات وتحديداتها، وتحدد القيمة الوظيفية لأى متغير من خلال النظام البيولوجى. وفى مجال التحليل السلوكى التطبيقى استخدم هذا الاصطلاح كثيراً فى وصف العلاقات الوظيفية الوجدانية والسلوكية والقيمة الوظيفية لأى جزء من السلوك للعضو .

وكتخطيط عام للتحليل الوظيفى ينظر إلى السلوك الحالى كوظيفة لمجموعتين من المتغيرات تسمى الأحداث المسببة Antecedent events والتي تشتل على الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة. والناتج (التوابع) Consequences وتشتل على طبيعة التدعيم وتاريخ التدعيم ونموذج التدعيم والتخطيط كالتالى :

C	_____ B _____	A
التوابع	السلوك	الأحداث المسببة
Consequences	Behaviour	Antecedent Events

ولفهم دور أى مسلك من المسالك النوعية فى الأحداث المتسببة فى (A) والتي تحدد بداية حدوث السلوك (B) وكذلك التوابع (C) والتي تحدد باستمرار مع التغير عبر الزمن. والمسلمة الأساسية فى هذا المدخل هو عدم استاتيكية السلوك ولكنه ديناميكى يعكس التغيرات الداخلية الدينامية بين الفرد وبيئته .

وفى هذا النموذج يبدو الاهتمام النسبى بالمتغيرات ومع عدم القدرة على متابعة التغيرات التى تحدث عبر الوقت والتي أكد عليها (كريسب Crisp ، ١٩٨٠) والنموذج الحالى يقدم اهتمام وانتباه متساوى لكل من الأحداث المسبقة والتوابع لها .

النموذج : The Mordel

يحتوى النموذج على الخطوط الرئيسية لتطور فقدان الشهية العصبى وبالأخص الحالات الثابتة الضرورية التى تسبب الإضطراب فى نمط التغذية الأولية وفقد الوزن وهى فى

الغالب مشيرات نفسية اجتماعية وإذا تم التحكم وضبط السلوك الغذائي ونجح الفرد في ذلك وشعر بالنجاح لكونه قادر على عملية الإنضباط وشعر أيضاً بالرضا وسلبياً من خلال الخوف من زيادة الوزن وتجنب مشكلات أخرى. والتعزيزات السالبة أو الموجبة تحدث من ضبط التغذية والوزن بطريقة كافية وقوية للتأكيد على تأثير السلوك وإذا كانت زائدة سوف تؤدي إلى طريقة تغذية شاذة . ومع التسايع تزداد عملية التحفيز لكلا النسطين الموجب والسالب. ويقترح هذا النموذج أن توابح التغذية للأفراد في شكل سواء الموجب أو السالب للتغذية الرجعية والتي تؤدي ببطء إلى النقل من السلوك في الشكل الأولى للإطعام إلى الدورة الباثولوجية لاضطراب الأكل .

ونقدم هنا شرحاً تفصيلياً لكل مفاهيم النموذج :

أولاً : الأحداث المسببة :

التغيرات المسببة لتطور فقدان الشهية العصبي افترضت في نمطين في هذا النموذج (الحالات الثابتة) والمشير النفسى الاجتماعى النوعى والحالات الثابتة تتضمن بعدين أساسين هما عدم الرضا العام بالحياة والذات والتقدير الذاتى المنخفض والميول والكمالية .
أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :
وحالة عدم الرضا العام بالحياة والذات تنشأ من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطويرية وبيئية. وتنشأ من عوامل ثلاث وهى:

* تلعب صراعات المراهقة الدور الرئيسى للغالبية العظمى من المراهقات اللاتى يعانين من فقدان الشهية العصبى بعد البلوغ ودور صراعات المراهقة أخذت الاهتمام وتم مناقشتها فى الكثير من الأبحاث السيكولوجية أمثال (بروش Bruch ، ١٩٧٤) ، (كرسب Crisp ، ١٩٨٠) .

وصراع (الاستقلالية - الاعتمادية) أهم صراعات المراهقة حيث الانتقال من الاعتمادية الكاملة فى الطفولة إلى الاستقلالية. وربما تمر هذه المشكلة بسلام لدى غالبية المراهقين والمراهقات. ولكن إذا اقترنت بمشاكل خاصة بالأسرة وبيئتها وعلاقتها مثل المشاكل الزوجية للآباء .

وسجل كثير من الباحثين إزدياد صراع (الاستقلالية - الاعتمادية) بين المراهقين وأسرهم إذا كان هناك اضطراب فى تكوين الأسرة أمثال . (كاليوس وآخرون Kallucy et al ، ١٩٧٧) ، (مينوكن وآخرون Minachin et al ١٩٧٨) وافترضوا أن

صراع الاستقلالية - الاعتمادية الأكثر شيوعاً بين المراهقين وبالأنص المراهقات فاقدرات الشهية وتعتبر بمثابة الشرط الثابت المؤسس لعدم الرضا العام بالحياة أو الذات .

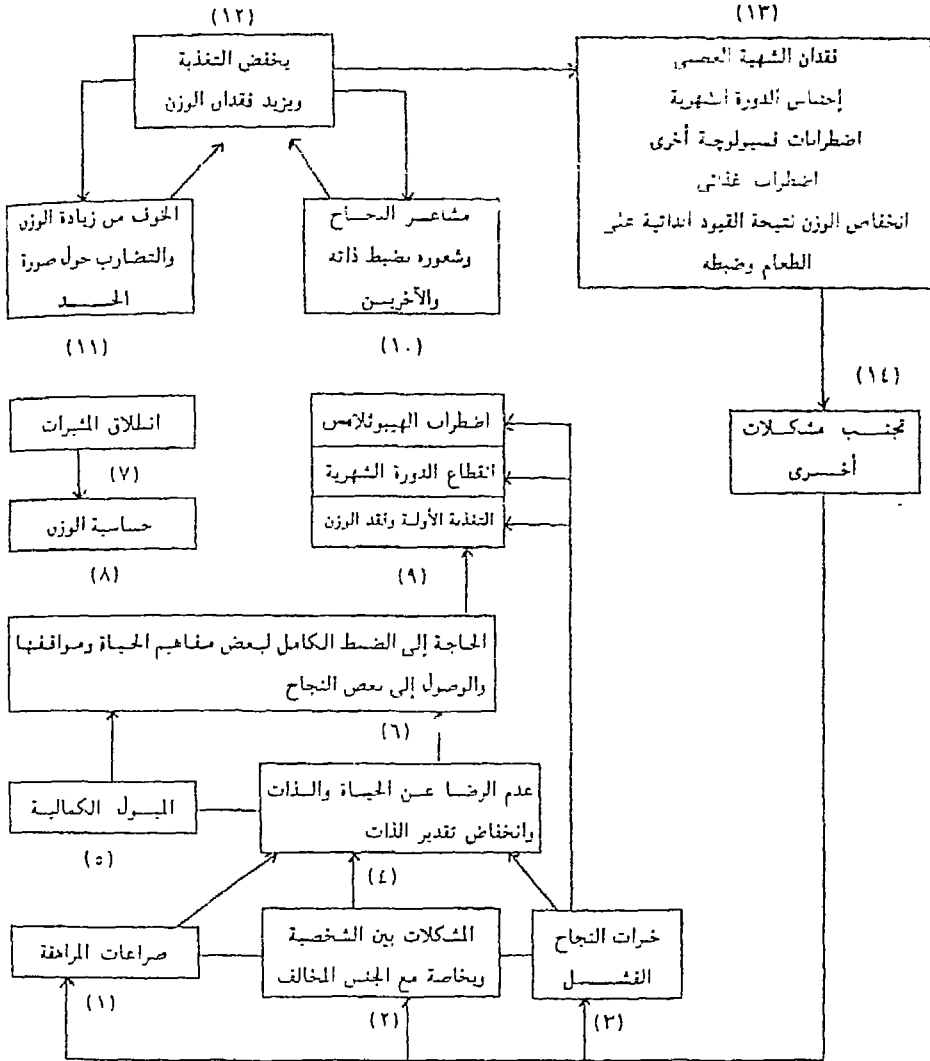
وأيضاً وجد (هاملتون . Hamilton ، ١٩٨٠) أن أكثر الصراعات وجوداً لدى فاقدى الشهية - أكثر منه لدى الحالات السوية والحالات السيكاترية الأخرى .

* والعامل الثانى الذى افترض أنه يسهم فى عدم الرضا العام عن الحياة هو فى العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف ووجد أن الانطواء الإجتماعى والقلق الإجتماعى بين فاقدى الشهية ثم استخراجها من عديد من الدراسات مثل دراسة (مورجان وروسيل Morgan & Russel ، ١٩٧٥) .

* والعامل الثالث الذى افترض أنه يسهم فى الشروط المؤدية إلى عدم الرضا عن الحياة والذات هو الضغوط وخبرات النجاح والفشل فى الآداء أو الاختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متمسزة والفشل فى إنجاز الهدف المحدد . ويعتبر دور الضغوط الإنجازية التحصيلية الأكاديمية على فئة قائمة الأسباب الممكنة لفقدان الشهية العصبى مثل دراسة (دالى وجوميز Dally & Gomez ، ١٩٧٩) ولاحظ أن (٥٣٪) حدث لهم فى سن (١١ - ١٤ سنة) فقدان الشهية وكانوا متفوقين دراسياً . بينما (٢٤٪) من المجموعة الكلية ظهر لديها فقدان الشهية العصبى خلال العام الذى حصلوا على مستوى منخفض دراسياً فى الامتحانات ، كما سجل (جارنير وجارفينكل Garner & Garfinkel ، ١٩٨٠) فى بحثهما زيادة فى فقدان الشهية العصبى بين الطلاب والطالبات الذين تم إعدادهم لعرض الأزياء . وهذه العينة لديها درجة عالية من فقد الشهية نظراً للمنافسة البيئية مثل العوامل الضاغطة وخبرات الفشل .

(ب) الميول الكمالية: Perfectionism Tendencies

يتميز ذوى فقدان الشهية العصبى بسمات ذوى الوسواس التهرى أو الميول الكمالية ووجد (هاملى وآخرون Halmli et al ، ١٩٧٧) أن (٦١٪) من عينة المرضى وصفهم الآباء بالكمالية وكلينيكياً هؤلاء المرضى يميلوا إلى رؤية الأحداث والإنجازات فى صورة بيضاء ، أو سوداء ويسعوا دائماً لأن يكونوا نموذجيين ومثاليين ، ومثل هذا الشرط مع غيره من الأحداث الأخرى يسهم فى حدوث فقدان الشهية العصبى .



الصيغة التخريبية لفقدان الشهية العصبي

* الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات والدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق وبعض مفاهيم حياتهم أو الوصول التام إلى النجاح فى أحد المجالات على الأقل. وذلك رغم وجود مجالات بسيطة يمكن للفرد أن يصبح قادراً على الضبط الكامل أو حيثما نكون قادرين على إحراز نجاح محدد كنتيجة لمجهوداته. والنجاح فى أى مجال يدل ولو جزئياً على العلاقات الاجتماعية والأداء الجيد التطور الوظيفى والمهنى وغيرها من العوامل .

والمجال الوحيد الذي يمكن فيه ظهور عملية الضبط الذاتى هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية. فيميلوا إلى ضبط هذه الجوانب الجسدية والبيولوجية باستمرار .

وباختصار افترض كما سبق شرطين ضروريين لتطور اضطراب فقدان الشهية العصبى هما عدم الرضا العام عن الحياة والذات والميول الكمالية وعلاوة على ذلك يتولد لدى الفرد عملية الضبط الكلى لبعض جوانب الحياة حتى الوصول إلى النجاح المحدد والكلى لبعض الجوانب فى حياته .

* المثير النفسى الاجتماعى النوعى :

تعتبر المتغيرات السابقة التى تم تقديمها تنبثق من مثير نفسى اجتماعى محدد للسلوك الأولى الغذائى والتى تأخذ شكل تعليقات من مجموعة الأقران أو المحيطين بالفرد أو وجوده وسط مجموعة أفراد أكثر اهتماماً بشكل وحجم الجسم والوزن أو ملاحظات الآخرين عن نظام الأكل. ويلاحظ زيادة حساسية الإناث للوزن عنه لدى الذكور ويشيع هذا المفهوم (حساسية الوزن) الحضارى فى المجتمع الغربى وبخاصة لدى السيدات (كرسب Crisp ، ١٩٨٠) ، (جارنر Garner ، ١٩٨٠) واعتبروا حساسية الوزن (W. S) حالة تشريعية غير نوعية بالإضافة إلى المتغيرات الأساسية وهى عدم الرضا العام والميول الكمالية والتى ترى كعامل واحد استعدادى للفرد للضبط الجسدى .

ولهذا افترض (بيترسلاد) أن السلوك الغذائى الأسمى ينبثق من مثير نفسى اجتماعى ويظهر ذا طبيعة لاشعورية فى سياق الحالات التشريعية البارزة والتى تعرض الفرد لإصابته بفقدان الشهية العصبى .

ثانياً؛ السلوك :

استخدم اصطلاح السلوك هنا فى مدى واسع ليشير إلى كل التكيف البيولوجى والنفسى وكتابع للأحداث المسببة السابقة لحدوث السلوكيات الآتية : -

١ - يلجأ الأفراد إلى فقد الوزن .

٢ - يحدث اضطراب فى الدورة الشهرية فى صورة احتباس أو انقطاع .

ويمكن حدوث كل منهما معاً. ويرجع انقطاع الدورة لتأثير فقد الوزن أو كأعراض جانبية لاضطرابات التغذية . وربما أن احتباس الدورة الشهرية تابع مباشرة لاضطراب وظيفى على مستوى (الثلاموس) الذى يظهر خلال الفعل المباشر لخبرات الفشل والضغط .

ثالثاً؛ التوابع : Consequences

عندما يظهر السلوك الغذائى يفترض على الأقل نمطين من التوابع تعتبر مؤثرة إذا رافقها التدعيم القوى ويقود إلى التأثير فى سلوكيات الفرد نحو الغذاء ، التى تؤدى بالتالى إلى فقدان الشهية العصبى وهكذا ينظر إلى التوابع كمدعمات سلبية أو موجبة .

التعزيز الموجب :

ومن سياق الحالات التشريطية السابقة افترض التوابع الموجبة للنجاح والتى تحدد تأثيرات التميزيات الموجبة والتعزيزات وصفت كمشاعر النجاح أو الشعور بالانضباط أو مشاعر الرضا الذاتى. والملمح المهم لهذا الافتراض للتدعيم الموجب يكون كتابع للأكل أكثر منها وظيفية للسلوك الناجح فى السياق لإدراك الفشل فى مختلف المجالات وظيفياً. ومشكلة الأفراد زاندى الوزن وماينتج عن زيادة الوزن من أمراض تؤدى إلى الوفاة تعتبر مدعم كافي للحفاظ على السلوك .

التعزيز السلبى :

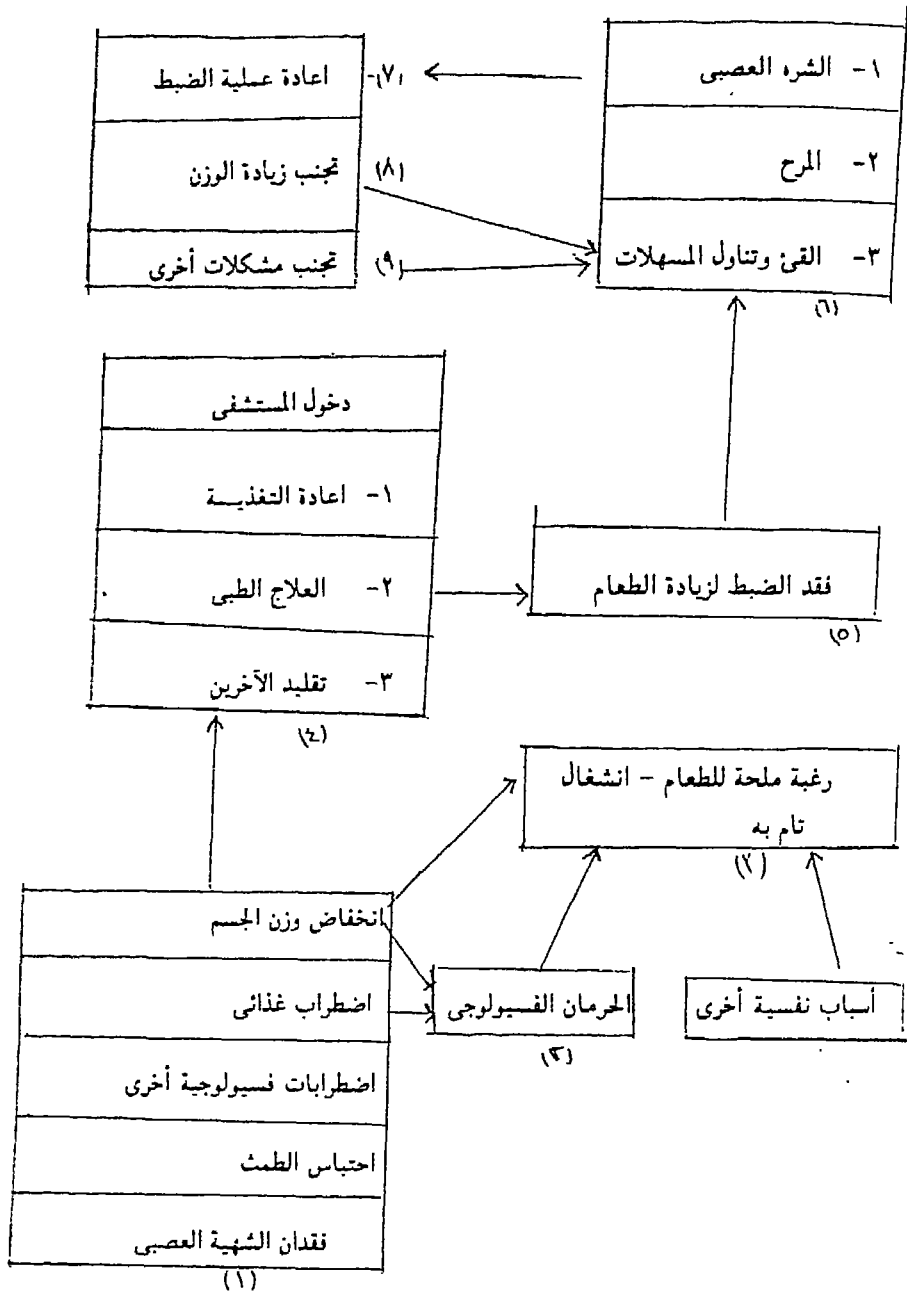
يشير اصطلاح التعزيز السلبى إلى زيادة الاحتمالية لاستمرار السلوك التجنبى وأزالتة، والأحداث والمثيرات المثيرة وفى النموذج الحالى السلوك المخيف من زيادة الوزن تعتبر كتدعيم سلبى يستمر ويزيد خلال تجنب لمثير غير مرغوب وهو الأقل. إذاً النمط الأول للمثيرات غير المرغوبة هو الخوف من زيادة الوزن والنسب الثانى ينتج عندما ينجح مرضى

فقدان الشهية العصبى فى فقد الوزن والتحكم فى الأكل يشعر بالفشل فى كل المجالات وعدم القدرة على التحكم فيها ماعدا مجال ضبط الوزن وشكل وحجم الجسم وأطلق عليها (كرسب) فويماً الوزن، ومن السمات المميزة لغالبية مرضى فقدان الشهية العصبى هى الفكرة المسبقة عن الطعام ووزن الجسم وحجمه قبل عملية الأكل. وتعتبر هذه الفكرة نوع من السلوك التجنبى الذى يعفى الحالات من المواجهة المباشرة لبعض المشيرات المنفرة (غير المرغوبة) والتي تكون الدافع الأساسى لفقد الشهية مثل صراعات المراهقة والمشاكل بين الشخصية والضغط وخبرات الفشل .

نموذج (سلاد) التحليلي الوظيفي للشرة للطعام

نقطة البداية فى هذا التحليل للشرة للطعام من ملاحظات (روسيل Russel، ١٩٧٩) الذى اقترح وجود العديد من الطرق المرضية التى تؤدى إلى المشاكل السلوكية الخاصة بالشرة للطعام العصبى (Bulimia Nervosa). والنتائج العلمية التى توصل إليها (روسيل) على عينة من مجموعة شرة الطعام الأغلبية منها لديها تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى بنسبة (٥٧٪) وحوالى (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبى والباقي لديه اضطرابات فى الدورة الغذائية ويتضح ذلك فى الشكل التخطيطى المقدم ويوجد أسلوبان أو طريقتان يقودان إلى الشرة للطعام. الأول منها وجود فقدان شهية عصبى. والثانى ينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى وهذه الأسباب النفسية الأخيرة لم تلقى الاهتمام الكافى كما هو فى المسلك الأول. ونحاول هنا فى نموذجنا إظهار الميكانيزمات وراء هذا الاضطراب. وانخفاض الوزن المصاحب لفقدان الشهية العصبى مع الاضطراب الغذائى واضطرابات فسيولوجية. وفى هذا النموذج واضح نشأة الشرة العصبى للطعام من سلوك فقدان الشهية العصبى الذى تسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية بالاضافة إلى الفسيولوجية وأولها رقم (٢) الحرمان الفسيولوجى كنتيجة لسبب ولقصور فى الدورة الغذائية. ولقد سلم كثير من الباحثين بالطريق الأول وهو انخفاض وزن الجسم بالاضافة إلى سلوك فقدان الشهية العصبى الذى يؤدى إلى إرسال إشارة عصبية إلى القشرة المخية التى تؤدى إلى اختزان الطعام.

والسبب الثانى: لدى مرضى فقدان الشهية العصبى وسلوكهم حيال دخول المستشفى لحالتهم الخطرة. ومع وجود برنامج غذائى لفترة محددة كحِيلة لزيادة الوزن بسرعة مع الخوف من تطور الحالة وعوامل أخرى سوف يؤدى إلى



Bulimia Nervosa الصيغة التخطيطية للشه للطعام

تكسير الأسلوب الغذائي لرفض الطعام الذي تعرضه تلك الحالات على نفسها. وفي ذلك يصبح هناك عوامل ثلاثة وهي دخول المستشفى والتحذيرات الطبيعية والبرنامج الغذائي. وبذلك تصل الحالات إلى وقوعها تحت ضغط من النوعين الضغط البيولوجي الداخلي (IBP) Internal Biological Pressure والضغط البيئي الخارجي (EEP) External Environmental Pressure ويعتبران بمثابة التعزيز الموجب القوي للأكل . وهنا تفقد الحالات عملية الضبط التي تفرضها على الطعام. وفي مثل هذا الموقف يقترح اتخاذ موقفين أو حلين إما فقد السيطرة الزائدة على مخزون الطعام وأما استجابة الرضا للمحيطين بالاستجابة للعلاج ومن هذا التحليل يتضح السبب الثالث يتضح من تاريخ الحالات تقليد للآخرين. أي لنماذج أخرى من الأفراد ذوي الشرة للطعام.

وفي هذا النموذج في العوامل أرقام (٧ ، ٨ ، ٩) يتضح أن أسلوب شرة الطعام يتسبب في حدوثه عوامل تعزيز إيجابية مثل الشعور بالرضا والتعزيز السالب يظهر في إعادة ضبط عملية الأكل وتجنب كلا من الوزن الزائد وبعض المشاكل الأخرى .

الكمالية العصابية

تختلف النظرة إلى السعى نحو الكمال والإتقان. فإذا رجعنا تاريخياً إلى ذلك نجد أن مجموعة من الآراء تنظر إلى الكمالية ككون لمستوى الطموح والدافع للإنجاز بل ودافع للأداء. ومنه من اعتبر الشخصية الكمالية نموذجاً مثل (هورنس، ١٩٨٠) وعلى الرغم من النظر إلى السلوك الكمالى كعامل إيجابى فى التوافق والإنجاز إلا أنه ينظر إليه أيضاً وكأنه نموذج عصبى أمثال (هاماكىك ١٩٧٨، فليت وآخرون ١٩٩٠) وترتبط الكمالية مع العديد من الخصائص السالبة مثل الشعور بالفشل والذنب والتردد ومشاعر الحزى وانخفاض تقدير الذات وترتبط مع أشكال خطيرة من الحالات المرضية السيكولوجية مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبى والاكتئاب واضطرابات الشخصية (دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III). وصعوبات التوافق تنبثق من الميل الكمالية المرتفعة والتي يضع الفرد فيها مستويات عالية غير واقعية ومحاولة تحقيقها. وعندما يفشل الفرد يعمم هذا الفشل على ذاته كلها ويتشدد فى تقييمه لذاته ويتكون لديه ميل إلى الحكم على الأمور إما بالنجاح الكامل أم الفشل التام وهذه الطريقة نجد أن مفهوم الكمالية نظر إليه من زاوية ذاتية ويتوجيه ذاتى، ولكن الكمالية أخذت مفاهيم بين شخصية هامة فى توضيح صعوبات التكيف والاهتمام بالعلاقات بين الشخصية وداخل الشخصية ذاتها فى تحديد وتصنيف سبب الاضطرابات السيكاترية .

ويقرر «هاماكىك» أن الكمالية كمنكون نفسى مازالت تحمل الكثير من الحفايا الكليينكية وقد ميز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية .

الكمالى السوى (٢) :

هو الفرد الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بأنه جيد بقدرها الحقيقى ويشقى السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير ذاته من خلال أدائه أى شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه .

Neurotic Perfectionism

(١)

Normal Perfectionists

(٢)

الكماليين العصائبيين :

هو الفرد الذي ينظر إلى مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بالقدر الكافي على الرغم من جودة هذا الأداء . ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها . وأنه غير قادر على الشعور بالرضا عن أدائه والأشياء لا يقدر على المستوى الجيد الذي يستحق الشعور بالرضا .

ويضع (فروست) ١٩٩٠ خصائص الفرد الكمالى فى الأبعاد الستة التالية :

- ١ - الاهتمام الزائد بالأخطاء . ٢ - المستويات العالية التى يضعها الفرد لنفسه
- ٣ - إدراكه لتوقعات الآباء والأمهات ٤ - إدراكه لفقد الآباء والامهات القياسى .
- ٥ - الشك فى قدرته على الأداء لأمر مؤسسته أو جهة عمله .
- ٦ - الشك فى قدرته على الأداء والتصرف فى بعض المشاكل .

وأضاف (فروست) أنه من الصعب التمييز بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصائبي وقام (بيتر سلاذ، وآخرون ١٩٩١) بإدخال عامل عدم الرضا^(٤) وقاموا ببناء مقياس ينقسم إلى قسمين واختصاره (SCNAS)^(٥) لدراسة ذرى اضطرابات الأكل من المصائب بفقدان الشهية العصبى ووجدوا أن الكمالية العصائبية ترتبط ارتباطاً سالباً مع الذهانى وعدم الرضا يرتبط مع كل من العصائبية والانطوائية والذهانية على قائمة «أيزنك» للشخصية وافترض كل من (بول هويت وجوردن فليت، ١٩٩١) وجود أبعاد ثلاثة للكمالية من وجهة نظر اجتماعية وشخصية .

- ١ - الكمالية بالتوجيه الذاتى^(٦) : يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها .
- ٢ - الكمالية بتوجيه الآخرين^(٧) : يضع الآخرون للفرد مستويات ويحاول تحقيقها بدافع منهم .

٣ - الكمالية المكتسبة اجتماعياً^(٨) يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف البيئية المحيطة .

Dissatisfaction (٤) Neurotic Perfectionists (٣)

Setting Conditions for AnorexiaNebosa Scale (٥)

Self - Oriented Perfectionism (٦)

Other Oriented perfectionism (٧)

Perfectionism Socialy Prescribed (٨)

ويقدم (بيتر سلاذ وآخرون). تفسيراً مبسطاً للكمالية لدى الأفراد بوصفه للأفراد الذين تقل لديهم الكمالية أنهم لم يجدوا التقبل من البيئة المحيطة الأولية فيقل لديهم الإتقان والسعى إلى الكمال ونتيجة لعدم التقبل من البيئة المحيطة الأولية لا يكتسبوا الأفكار التي تجعلهم يعرفون كيف يكونون محبوبين. أو الشك فيما يكتسبونه من آراء ممن حولهم فيما يروكل إليهم من أعمال. وعلى العكس إذا كانت البيئة حول الفرد إيجابية فسوف تعلمه أسلوب الإتقان وكيف يكون محبوباً وراضياً عما يؤديه من أعمال. ويعتبر (بيتر سلاذ) أن الكمالية كدافع للإعجاز لمستويات أفضل ترتبط مع كل من اضطرابات الأكل والنمط السلوكي (A) وبعض الأفكار الالعقلانية وبعض نماذج الشخصية الأخرى ووضع مقياساً يشمل عدم الرضا والكمالية قد سبق الإشارة إليه (SCANS).

وتم تصميم استبيان خاص بالكمالية العصابية (NPO) (٩) وقد تم بتعريبه وتقنينه في بحث خاص بالكمالية العصابية لدى الأسوياء ومرضى الفصام البرانويدي والاكتئاب الأساسي والهستريا التحويلية. وأظهرت الدراسة أن أعلى درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي من الجنسين وأقل درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الهستريا التحويلية .

علاقة الكمالية ببعض المتغيرات النفسية :

ترى رابطة الاختصاصيين الأمريكيين في دليلها DSM III . أن الكمالية تتشابه مع غيرها من اضطرابات الشخصية مثل فقدان الشهية العصبي والإدمان وتعاطى الكحوليات . ووجد «سورتوزكين Sotozkin» أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية وسوء التوافق الموجود في الكثير من الاضطرابات الخطيرة مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبي والاكتئاب .

ووجد (برادي استيفن Brady Steven) أن مرضى العصاب القهري يميلون إلى الكمالية العصابية . ويرى (راسكين وتيري Raskin & Terry) أن الكمالية العصابية ترتبط مع كل أبعاد الترجسية . بل ويعتبر أن الترجسية هي الدافع للكمالية العصابية.

وجدت (سوزان ميتزمان Susan Mitzman) ، أن هناك علاقة بين اضطرابات الأكل والكمالية سواء في حالات فقدان الشهية العصبية أو الشره .
كما أكدت (ليندا هيجينبو ثم Linda Higginbotham ١٩٩٣) . على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت والكمالية. وتستخدم الكمالية كميكانيزم دفاعي ضد قلق الموت وخصوصاً الإناث .
وأكد (جونسون ودوجلاس وبويل Johnson Douglas & Poul ١٩٩٣) ، على العلاقة الارتباطية الموجبة بين النمط السلوكي (A) والكمالية العصابية .

قياس الكمالية:

يوجد مجموعة من المقاييس إما لتقدير مستوى الكمالية مثل مقياس (BPS) وإما للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية مثل استبيان (NPQ) وبعض المقاييس لتقدير الكمالية في علاقتها ببعض المتغيرات مثل اختبار الكمالية المتعدد الأبعاد (MPS) واستبيان (SJSQ) وسوف نقدم فكرة مبسطة عن كل منها :

١ - مقياس بورنس للكمالية^(١٠)

وضع هذا المقياس في عام (١٩٨٠) لقياس خصائص الفرد الكمالى وغير الكمالى بعد أن أوضح (هاماسيك، ١٩٧٨) الفرق بين الفرد الكمالى السوى والكمالى العصابى .

٢ - مقياس الكمالية المتعدد الأبعاد^(١١)

ويشتمل على الأبعاد الستة التى وضعها (فروست Frost) لخصائص وسمات الفرد الكمالى إلا أنه لا يميز بين الكمالى العصابى والسوى .

٣ - مقياس (SCANS)^(١٢)

ووضعه (بيتر سلاذ (وآخرون، ١٩٨٦). ويشتمل على قسمين أساسيين هما الكمالية وعدم الرضا ويشتمل على ٤٠ بنداً. وقام بتطويره ووضع معايير الإحصائية كل من (بيتر سلاذ وديوى وكميل ونيوتن، Slade, P. Dewey, Kiemle & Neution، ١٩٩٠)

Burns Perfectionism Scale (١٠)

Multidimensional Perfectionism Scale (١١)

Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale (١٢)

٤ - مقياس سلاتى وجونسون وستينبرج» (١٣) ١٩٩١

ويتكون هذا الاستبيان من (٦٢) بنداً وصمم لقياس مدى واسع من الكمالية ويفرق بين الكمالية السوية والعصابية، وقد قام كل من (جونسون ودوجلاس ويويل Johnson Douglas, Paul (١٩٩٣) بحساب الصدق التكويني للاستبيان . فيتكون من ثلاثة مقياس فرعية هي: الكمالية والتأجيل عدم الرضا الشخصى.

٥ - استبيان الكمالية العصابية (NPQ) (١٤)

صمم هذا الاستبيان (بيتر سلاذ وآخرون. ١٩٩١م) لقياس مدى واسع من الخبرات والأفكار المرتبطة والمساعدة على استمرارية وظهور الكمالية. وقام بتطوير الاستبيان كل من (سوزان ميتزمان وآخرون. ١٩٩٤) فى جامعة ليفربول ويتكون من (٤٢) بنداً ويستخدم للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية . ويحدد الاستجابة فى خمس مستويات، والدرجات العالية تدل على كمالية عصابية والمنخفضة تدل على كمالية سوية وينود الاختبار مرتبة بطريقة عشوائية. وقد تمت بتعريب هذا الاستبيان وتقنيته على المجتمع المصرى (*)

ونوجه الدعوة إلى الكمالية السوية فى سلوكياتنا نبدأها من الطفولة وأسلوب التعامل مع هذه المرحلة ومنها :

١ - المستوى الذى نتوقعه من أداء الطفل يتناسب مع إمكانياته الجسدية والعقلية والوجدانية. وأيضاً لا تكلفه بأعمال لا يستطيع أدائها وبالتالي تشعره بالفشل والإحباط .

٢ - لانضخم أعضاء الأطفال لذلك يشعرهم بالذنب وعدم الرضا الدائم عما يقومون به من أعمال ومهام .

٣ - التقبل من المحيطين بالطفل فذلك يزيد من دافعه إلى الكمالية السوية والالتقان وعدم التقبل يؤدي إلى الكمالية العصابية وعدم القدرة على الحكم على الأداء ويحيل إلى كسب تقبل الآخرين بمزيد من الكمالية العصابية المصحوبة بعدم الرضا والتوتر الدائم.

٤ - الواقعية فى تقييم أداء الطفل وعدم المغالاة فى إظهار التفوق أو الفشل .

(١٣) Slany, Johnson, Stienberg (SJSQ)

(١٤) Neurotic Perfectionism Q uestionnaire

(*) منشور فى الأملجول المصرية .

الوجدانات السالبيه والموجبه

في البدايه ظهرت فكره الانفعالات المميزه والخاصه مثل المرح والغضب والخوف ومع ظهور وتطور الكثير من وسائل البحث الاحصائي والفسولوجي أمكن وضع نماذج لهذه النوعيات من الانفعالات أمثال (Ekman ١٩٨٢ وازارد Izaró ، ١٩٧٧) وسلوئك Plutchick (١٩٨٠) وكل هذه النماذج والنظريات وضعت الوجدانات في عدد من الاصطلاحات من (١١٠٧) وجدانا مميزا مثل المرح ، الاهتمام ، الدهشه ، الخوف ، الغضب ، الحزن ، الضيق ، الاحتقار ، وهذه النوعيات الشائعه من كل النماذج السابقه وينظر الى هذه الوجدانات بأنها مؤثره صغير في أدوات السنه المحبطه وأحيانا يكون لها صفة الدافعيه للسلوك مثل الخوف يكون دافعه الهرب من مصدر التهديد والاهتمام له صفة الاستكشاف .

حاول بعض العلماء التميز بين الانفعالات وتعابير الوجه أي الشكل العضلي العصبي للتعبير مثل (ايمان Ekman ١٩٨٢) ولكن التميز بين الانفعالات لم يتم بطريقه موضوعيه نظرا لتساويهما في كفيته التعبير ومع تقدم وسائل البحث الفسولوجي أصبح بالامكانه التمييز بالحواء الى المؤشرات الفسولوجيه وازدادت المفاهيم الاساسيه لنظريات الانفعال بزباده التدعيم الامريكي في السنوات الاخيره فأمكن التميز بين نوعيات الوجدانات رغم الاختلافات الواسعه الحضارسه بين عينات مختلفه من الافراد في العديد من الدراسات . وأكدت الدراسات دائما على وجود خطين متوازيين من الوجدانات الاساسيه المختلفه وأحيانا تلاشه ابعاد فقد توصل بعض العلماء الى وجود بعدين اساسيين للتركيب الوجداني مثل (روسبل Russel ١٩٨٠) وميز (دنسبير ولارسون ولينغسين وأيمونس Diener, Larson, Levin. Ebmons ١٩٨٥) بين البعدين . وقام كل من (زانيد واطسون وتلجيت Watson.D.&Tel-egen ١٩٨٥) باستخدام أساليب التقدير الذاتي من التوصل الى فقتين هما : الوجدانات السالبيه Negative Affects (NA) والوجدانات الموجبه Positive Affects (PA) وقد

انبثقت من قوائم الوصف الذاتي في اطار الزمن

وشمل بعض الوجدان السالب : الخوف ، الحزن ، الغضب ، الضيق ، الاحتقار ، مشاعر الذنب وهذه الوجدانات تتراكم معاً بمعنى ان الفرد الذى يعاني من الخسوف سوف يعاني من الغضب والحزن ومشاعر الذنب وهكذا بالنسبة للوجدان الموجب .

وفى دراسه (دافيد واطسون وكلاارك Watson.D& Clark ١٩٩١) يوحسد الغضب ضمن البنود الفرعه لعتاس العدائيه . وهذا أيضا ما توصل اليه (أرنولد بى Buss ١٩٩٢) حيث وضع الغضب ضمن مقياس العد وانبيه .

وقد قام كل من (دافيد واطسون وكلاارك وتليجمن ١٩٨٨) باجراء التحليل العالمى لحوالى (١١٧) وصفا لحالات وجدانيه بعد اختصارها الى (٦٠) بنداً فى مجموعات ثلاث : مجموعته تمثل الوجدان الموجب ومجموعته تمثل الوجدان السالب ومجموعته أخرى تبعده ثالث وهى التعب ، الدهشه ، الصفا ، الخجل ، وقام بتطوير القائمه كل من (دافيد واطسون وكلاارك ، ١٩٩١) حيث أصبح يقس كل بعد ماس العددين الأساسيين (NA) ، (PA) عشره بنود وأصبحت القائمه PANAS-S شامل لاحدى عشر اختصار فرعى ويمكن استخدام هذه القائمه فى اطار أزمته محدده ، ومننده ما برهن على اع تثار هذه الوجدانات سعه من السمات ويمكن استخدام هذه القائمه فى التفريق بين السويه والاضطرابات حيث ،زداد متوسط درجات الحالات السويه على بعد الوجدان الموجب عنه لدى الحالات المرضيه وأيضاً يمكن التمييز بين الحالات المرضيه بالاستعانه بالمعاسس الفرعيه للوجدانات السالبيه المسره لكل اضطراب أو مرض هذا بالاضافه الى مشكله التداخل فى التشخيص بين الحالات المرضيه مثل القلق والاكتئاب فأغلبيه الحالات المرضيه تحمل فى طبيعتها أعراضاً لحالات مرضه أخرى فى حاله القلق والاكتئاب المختلط يمكن تمييز الاكتئاب بالوجدانات الآتية وهى : الحزن ، الشعور بالذنب ، والعدائيه بينما فى حاله القلق يتميز مرضى القلق بزاده درجه الخوف ما يترتب عليه امكانه خفض أو تحسین الوجدانات السالبيه النوعه المعثوله عن كل اضطراب قبل الدخول فى المرحله المرضيه .

تحديد المصطلحات:

الوجدان السالب Negative Affect

يعنى تمييز الأفراد بانخفاض تقدير الذات والانفعاليه السلبيه والتميز بالميل للتركيز على المفاهيم السلبيه عن الافراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عاليه من الحزن والغضب والخوف والعدائيه ومشاعر الذنب (دافيد واطسون وكلايرك ، ١٩٨٤ ، ١٦٥) .

كما اعتبر هذا الوجدان السالب سعه من سمات الشخصيه في اباحها الحد يثسه (١٩٨٨ ، ١٩٩١ ، ١٩٩٤) وهى أيضاً الدرجه العاليه على مقياس البعد الخاص بالوجدان السالب على قائمه (PANAS-S) .

الوجدان الموجب Positive Affect

يعنى تمييز الأفراد بارتفاع تقدير الذات والانفعاليه الايجابيه والتميز بالميل الى التركيز على المفاهيم الموجبه للأفراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عاليه من المرح والثقه بالنفس والصفاء والهدوء والانتشاء (المرجع السابق ٤٦٦) كما اعتبر هذا الوجدان سعه من سمات الشخصيه فى دراستها لهذا الوجدان فى اطار زمنى محدد بعد العدى وهى الدرجه العاليه على المقياس الخاص بالبعد الموجب على قائمه (PANAS-S) .

وتناولت الدراسات السابقه الجوانب الوجدانيه سواءً الموجبه أو الساله وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى والفروق الجنسه فى انتشار أى منهما ألو تناول احد الوجدانات وبالأخص الدراسات التى تناولتها لدى الطلاب والطالبات الحامعيين وفى حدود قراءات الباحثه لم تتناول أى دراسه عربيه الوجدانات سواءً السالبه أو الموجبه فى صورته شامله كما هو الحال فى الدراسه الحاليه .

أولاً : دراسات تناولت الوجدانات فى علاقتها بمتغيرات أخرى

دراسه (دينر اخرون Diener. et al. ١٩٨٥) عن التمييز بين

شده الانفعال وتكرار الانفعال أو الخيره الانفعاليه لاجداد العلاقه بين الحدان السالب والموجب في أى فتره زمنيه . وأظهرت الدراسه أن الافراد الذين تميزوا بشده انفعاليه يظهر عليهم كل من الحدان السالب والموجب أى ان شده الانفعال تميز الحاتين . ومن حيث الخيره الانفعاليه تميز الافراد الي مجموعه لديها خبره انفعاليه ساليه ومجموعه لديها خبره انفعاليه موجبه . والمقاييس المستخدمه لقياس الوجدان السالب مستقله تماماً احصائياً عن مقاييس الوجدان الموجب .

دراسه (بروجانسكى ودولوريس واليزابث Projansky, Dolores

Elizabeth ١٩٩٠) عن دور الوجدان والمزاج في استدعاء المعلومات اليجابيه والسليه عن الذات وقامت هذه الدراسه على العلاقه بين المزاج وادراك الذات وحاولت هذه الدراسه اثبات الي أى مدى تؤثر الحاله الوجدانيه والمزاجيه في استدعاء المعلومات السليه عن الذات . وافترض الباحث ان المزاج يعمل (كمرشح) لاختيار المعلومات اليجابيه والسليه عن الذات وافترض الباحث مايلي :

- يعمل المزاج (كمرشح) لاختيار المعلومات .

- اذا ارتبطت شده الوجدان مع معلومه أمكن استدعاؤها بسهولة وخصوصاً المعلومات ذات الصله الوثيقه بالموضوع الذى يرتبط بالوجدان فالافراد مثلاً في الحاله المواجهه الاكتيايه يستدعون المعلومات الئاليه وتم تطبيق الاختبارات على (٢١٢) طالب جامعي في السنه الأولى ومنها مقياس الاكتئاب ومقياس السمات الشخصيه الموجبه (ه سمات) والساليه (ه سمات)

وبعد فتره من النشاط الترفيهي تم سؤال الحالات لاستدعاء الاوصاف على مقياس مقسم

الي سبع مستويات ثنائي الطرف الوجداني السليمي جدا واليجابسي جداً .

وأظهرت النتائج ان الوجدان أكثر تأشيراً من المزاج في استدعاء المعلومات السليه واليجابيه عن الاشخصيه وزياده شده الوجدان هي الأكثر تأشيراً في عمله الاستدعاء سواء الموجب أو السالب .

دراسة (سويني ومارى الين Sweeny & Mary Ellen ١٩٩١) عن علاقة الاتكاليه ونقد الذات بنوع الحالات الوجدانية السالبيه ، وتم تقسيم مجموعته الحث الى أربع مجموعات حسب درجه الاتكاليه .

مجموعه (أ) ذات درجات عاليه على مقياس الاتكاليه .

مجموعه (ب) ذات درجات عاليه على مقياس نقد الذات .

مجموعه (ج) ذات درجات عاليه على المقاسين .

مجموعه (د) غير مرتفعه الدرجات على أى من المقاسين .

وتم اجراء تحليل التباين لمن المجموعات الازرع وباستخدام مقاييس لكل من الاكتئاب والغضب والتعب والقلق كوجدانات ساليه وسمات الشخصيه مثل العصبيه والانيساطيه .

وتتكون عينه الحث من (٥٧) من الاناث بمتوسط عمر زمنى (١٩٨٨) سنه و

(١٤) من الذكور بمتوسط عمر زمنى (٢٠٤٦) سنه .

وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال خصوصاً بين الاكتئاب والغضب والعصابيه والقلق وارتباط سالب دال مع الانيساطيه والتأكيديه والنشاط والانفعالات الموجبه وارتباط موجب بين الاتكاليه والقلق والعصابيه والاكتئاب والنتيجه العامه لهذه الدراسه ان الأفراد مرتفعى الدرجات على مقياس نقد الذات والاتكاليه لديهم مستويات عاليه من الوجدانات السالبيه .

دراسة (وايزرايموند ايرنست Weiss Raymond Ernest ، ١٩٩٢)

عن دور الجانب الوجدانى الانفعالى . فهو العذر للديناميات الثقافيه وأكد الباحث على

أن الاستجابات الانفعاليه الوجدانيه تعطى أفضل رؤيه للموضوعات والمفاهيم الثقافيه

فى المجتمعات . وهذه المفاهيم يتمسك بها الأفراد ويدافعون عنها وترتبط بالهياكل

العرفيه أيضاً . فالجانب الوجداني هو الهاءث على التفسير فى ثقافات معينه وأيضاً

هو العتبه فى وجه التفسير فى ثقافات أخرى .

دراسه (بوتشير آن هوستون Butcher, Ann Houston ١٩٩٢)
عن تأثير الوجدان السالب والمزاج على صنع القرار وتقوس هذه الدراسه على مسلميه
رئيسيه وهى تأثير الوجدان السالب على الجوانب المعرفيه فى الشخصيه وانفترض
الباحث ان الوجدان السالب له تأثير على علميه ومراحل صنع القرار والأفراد الذين يتمتعون
بمسليه وجدانيه عاليه يتميزون بالانزعاج والقلق ويرغبون فى القيام بالأنشطه والمجهودات
ولكن بعتريبهم الشعور بعدم الكفاءه ونقص الثقه بالنفس والقلق أكثر من لدى الأشخاص منخفضى
الوجدانيه السالبيه (NA) ويزداد المزاج السلبي لديهم ومنخفضى العلميه الوجدانيه
أكثره قدره على صنع القرار .

ثانيا : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين فى الوجدانات السالبيه والموجبه :

دراسه (سميث وكليجل Smith & Kleugel ١٩٨٢) حيث تأمنا
بدراسه الفروق بين الجنسين فى مستويات الحزن والخوف والعدائيه بعد مجانبه
المجموعتين من حيث العمر الزمنى والمستوى التعليمى وأظهرت النتائج وجود فروق ذات
دلاله احصائيه على الوجدانات السالبيه الثلاثه لصالح الأنثا .

دراسه (آفرييل Averill ١٩٨٢) عن الفروق بين الطلاب والطالمات
الجامعيين فى وجدان الغضب كوجدان سالب والسلوك العدوانى وأظهرت النتائج عدم
وجود فروق داله احصائياً بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلاليه
احصائيه بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلاليه احصائيه فى السلوك
العدوانى بين الجنسين .

دراسه (نولسين وهوكسيما Nolen & Hocksema ١٩٨٢) عن
كيفية التعامل مع حاله عدم النشاط (Dysphoria) حيث وجدنا أن الاناث يملكن
الى التوسع والاسهاب والتهويل فى وصف الحالات الوجدانيه كما يملكن الى اجترار الاتكار
والمعلومات الى تدور حول وصف الوجدانات السالبيه لديهن .

دراسة (فردنبرج ويرين وكروم من veedenberg, O. Brien & Krumes ١٩٨٨) توضحت هذه الدراسة انتشار الحالات الاكتئابيه وعدم النشاط والخمول لدى الطالبات ونسبه الانتهاز لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وأظهرت الدراسة ارتباط الوجدانات السالبيه مع كل من المتغيرات الشخصيه والمعرفيه مثل اضطراب الاتجاهات والنقص في تقدير الذات ولكنها تتغير طيله سنوات الدراسة الجامعيه .

وأضاف (ماركن وسكوليز Marx: E.M. & Schulze. C.C ١٩٩١) في دراستهما الى العوامل السابقه وعدم وضوح الدور الجنسي لدى الذكور من طلاب الجامعه ويكون سببا في انتشار المظاهر الاكتئابيه ، وعدم النشاط .

دراسة (آنوليد بي ومارك بيرى Buss, A. & Berey, M. ١٩٩٢) حيث أنه لم يجد فروقا ذات دلالة احصائيه بين الطلاب والطالبه على مقياس الغضب وتم ادراجه ضمن قائمه العدوان كبعد مثل العدائيه أو العدوان اللفظي والجسدي ويلاحظ ان هذه النتجه تتفق مع ما توصل اليه (آفريل Averill ١٩٨٢) من عدم وجود فروق ذات دلالة احصائيه على بعد الغضب ووجود فروق داله على بعد العدوان . وفي القائمه الحاليه المستخدمه في هذه الدراسه تم استبعاد وجدان الغضب من الوجدانات السالبيه ووضع ضنبا مع العدائيه كوجدان سالب .

دراسة (جين وونج وداني واتيكس Jane, L. Wong & Dani J. Watekers ١٩٩٢) أوضحت ان الحاله الاكتئابيه والوجدانات السالبيه لدى الطالبات الجامعيين ترتبط بالمتغيرات الشخصيه والمعرفيه لدى طلاب الجامعه مع مرور الوقت وعدم النشاط أو الخمول (Dysphoria) يرتبط مع مشاكل تقدير الذات ونوع الجنس والاعتماد على النفس في حل المشاكل واضطراب الاتجاهات (Dysfunctional Attitude; S) . وأجريت دراسة (١٩٩٣) عن السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل كسلوب معرفسي لدى مرضى الاكتئاب الاساسي من الجنسيه : أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين

على مقياس السلبية متطابقة على طلاب وطالبات كلية التربية لمصالح الطالبات والفروق بين الطالبات والطلاب في الاله احصائياً وأظهرت الدراسة أيضاً ارتفاع متوسط درجات الاناث عن متوسط الذكور في الحالات المرضيه (مريضات الاكتئاب الأساسي

(Major Depression

وفي دراسته أخرى (١٩٩٤) عن مشاعر الذنب لدى مرضى الفصام البارانونيدي، وذوي الميل العصبي والأسوياء من الجنسين أظهرت نتائجها فروقاً لصالح الاناث في درجات الشعور بالذنب سواء الحالات السويه أو المرضيه وحصلت على أعلى المتوسطات في كل مجموعات البحث ذوات الميل العصبي . بعد عرض الدراسات السابقه بتفصيح أن هناك فروقاً بين الجنسين من حيث نسبة انتشار الوجدانات العاليه أو غيرها والوجدانات السالبه مستقلة تماما عن الوجدانات الموجبه احصائيا . نموذج الوجدانات ويشمل :

أ) مقياس الوجدانات الموجبه والعاليه - الأبعاد العامه

Positive Affects and Negative Affects Scale (PANAS)

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك David Watson & Lee Anna Clark

ب) مقياس الوجدانات العاليه والموجبه الشامل PANAS-X

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك ١٩٩٤

ج) مقياس الوجدانات السالبه والموجبه في إطار الزمن . ١٩٩٤

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك .

د - والعقابيس الثلاثه تمت بتعريبها واعدادها .

نموذج الوجدانات

طسون وتلجسين (Watson; D & Tellegen ١٩٨٥) وجود تصنف

هرمي للوجدانات بمره عامه في صورته بعد من أساسيين حيث اطلقنا على البعد الاول

الوجدان الموجب Positive Affect والبعد الثاني الوجدان السالبي

Negative Affect

وتم استخدامها كبعدين أساسيين في خبره الانفعاليه العامه في دراستهمـا
بالاضافه الى العديد من الابحاث والدراسات حول هذين البعدين مثل دراسـه
(آلماجور وبنبوراس Almagor&Benporath ١٩٨٩) ، (واطسون
وتيليجين Watson&Tellegen ١٩٨٨) ، (مابروشاك Mayer&Shack ١٩٨٩)
ولقياس هذين البعدين طور كل من واطسون وكلاارك وتيلجين قائمه الوجدانات السالبيه
والموجبه والتي تتكون من (١٠) بنود للوجدان السالب ، (١٠) بنود للوجدانات
الموجبه بالاضافه الى البعدين السابقين فقد وضع تقديرا للحالات الانفعاليه
الخاصه بالنوعيه ووصل عددها الى (١١) مقياس فرعى وهى : الخوف ، والحزن
، الذنب ، والعدائيه ، الخجل ، التعب ، الدهشه ، المـرح
، الثقه بانفس ، اليقظه ، الصفا وتقاس على خمس مستويات .

الفصل الثالث

الاضطرابات الوجدانية

- المقدمة
- الهستريا
- الاكتئاب
- الاضطراب الوسواسى القهرى

• الاضطرابات العصابية - (الوجدانية)

تنتشر الاضطرابات العصابية بدرجة تفوق الامراض العقلية والعضوية ولا يوجد احصائيات دقيقة على مدى ونسب انتشار الاضطرابات العصابية وايضا من الصعب حصرها وتقدير نسب محدوده لانتشارها . ويرجع ذلك للأسباب الآتية :-

- ١- ان هذه الفئة لا تدخل المستشفيات ونادرا ما تتقدم طالبة للعلاج النفسى .
- ٢- ان مجموعه كبيرة من ذرى الاضطرابات العصابية تعاني من اضطرابات حسدية اما عضوية خالصة كمرض مزمن وله مصاحبات عصابية . وأما امراض سيكوسوماتية وفي كلا الحالتين مصاحبها الاضطرابات العصابية .
- ٣- توجد الاضطرابات العصابية مصاحبه لكثير من الامراض العقلية .
- ٤- ملاحظ كثيرا من التداخل بين اعراض نذلتفالا عصبه وبالتالي لا يمكن حصر حالات أعصه نقد ٢٠١٤المه . (مثل القلق والاكتئاب المختلط) .
- ٥- انخفاض الوعي الثقافى النفسى والطبى . وبالتالي لا تنتج الحالات العصابية للعلاج الاهى حالات نادره .
- ٦- الاضطرابات العصابية لا يحدث فيها تفكك للشخصيه ويتحمل المريض المسئوليه الشخصيه كامله . وسلامه الادراك والتحكم فى تصرفاته وعدم بعده عن الواقع كما هو فى الحالات العقلية مثل (البرانوسا والفصام الهوسى وغيرها) . الا ان (عكاشه) بسرى ان نسبة العصاب بين المجموع العام بين (١٠٪ - ٢٥٪) بينما فى الازنه تتسراج بين (١٠٪ - ٥٠٪) .

وتم استبعاد لفظ العصابي ابتداءً من عام (١٩٢٨) وأصبح يطلق على الاضطرابات العصائيه
الاضطرابات الوجدانيه Affective Disorders

وتشتمل على الغلق والخوف والاكتئاب والوساوس والافعال القهريه واضطرابات النوم والطعام
والحساسيه الزائده والاعراض التحوليه (مثل الهستيريا) .
* والعصابي هو الشخص الذي أصبح من خلال صراعاته الداخليه أو بإسرافه في استخدام
ميكانيزمات الدفاع لا يستطيع التوافق أو بلغه أدق التكيف داخلاً مع ذاته ومع العالم الخارجى
ليصل الى درجه من المرادفه والرضا الذاتى وازاله التوتر الذى يتم التعبير عنه بالصور
المضطربه السابقه مشتتله على الاعراض الخاصه بكل فئه على حده .

وأجريت محاولات عديده لرد كثيره هذه النوعيات الى مفهوم ديناميكى من خلاله يمكن
تبعاً لمبدأ الاقتصاد فى العلم رد كثيره هذه النوعيات الى سبب أو سببين . مثل الفكره
التي قدمها (صلاح مخيمر) وسوف نوزعها فيما بعد و (دروشى رو) اللذان اعنرا
الخوف هو بذره هذه الاضطرابات السابقه بأسلوب سيكوينامى . الا انه وصفت عدّه نظريات
لبحاوله تفسير حدوث هذه الاضطرابات وسوف نقدّمها بايجاز هنا :

أولاً : النظرية التكوينية الوراثيه

ثانياً : النظرية البيئيه .

أولاً : النظرية التكوينية الوراثيه

ويقصد بههنا التكوينات الثقليه والجسديه والفسيلوجيه والنفسيه التي نقلت للفرد
وراثياً عبر الجينات ودور البيئه محدود فيها . ويطلق عليها (الاستعداد الوراثى) .

ولجأ العلماء الى دراسه انتقال الصفات الوراثيه (الجينات) الخاصه بالامراض النفسيه
باستخدام التوائم المتشابهه وغير المتشابهه . ووجد ان التوائم المتشابهه اكثر نشاطها فسى

- مرادفه للغريبا . وأيضاً النيوراستينيا .
- واعتبر اقلق بمثابه اشاره انذار هولب الصراع في نشأه الأعصبه بناياتها المختلفه .
- وتقدم هنا بعض العلماء انذ بين أسموا وتناولوا الرؤيه التحليليه بعض النفسراب .
- ١- (ادلر) رائد مدرسه علم النفس الفردى . واعتبر العصاب محاوله من جانب الفرد لبحرر نفسه من متاعر النفس في الطفوله وسند فع للتفوق ورفض فكره النظره ال - . به دورها واشتره على اسلوب الحياه وأسلوب التربه في الاسره . واللدان يوديان السى الايجابيه والتأكيديه .
- ٢- (يونج) نظر الى اللبيد وعلى انه طاقه عامه غير منميزه وتدفع الانسان الى العميل وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعى . وبناء على وجود هذه الطاقه واتجاهها قسم الافراد الى منطوى ومنبسط من حيث اتجاه الطاقه الى الداخلى أو الخارج على البرتب ورفضه فكره اللبيد والجنسبه .
- ٣- (أوتوراك) اعتبر صدمه العيلا مصدرا للقلق . واعتبر "الاراده" هى القوه الدافعـه الحويه التى تودى الى تكامل الشخصيه وابداعها أو تفكك الشخصيه وإكالتيتها . واعتبر الشخص العصابى فرد ضعيف الارداه غير ناضج افعالما وانكالى ولم يصب بعد لتحقس الضبط وتأكد ذاته .
- ٤- (هورنى) التى اعتبرت "نسى" " الاساس" هو سبب العصاب وتذكر محاولات اجربت لتمصنـف الاعصبه والاذهنيه وردها الى بعض الميكانيكيات أو الى نعط مثالى واحد منها .
- يعبر " أتوفنخل" عن تشكيل "التباينات للأعصبه والاذهنيه فى مواجهتها لمشكلات الحياه اما بأساليب انشائيه قد تصل الى الابتكاره فتسرر السويه أو تكلمه نكوهده
- فظهر تباينات من الاعصبه الى الاذهنيه تختلف منفرر : ينبغى ان تؤكد مع ذلك ان جسع

الأعصبه تكشف من الناحيه العمليه عن تساوق ميكانيزمات مختلفه من ميكانيزمات تكوّن الاعراض . وقد قرر فرويد . بصورة قاطعه هستريا فلق طفليّة ، واضطرابات الشخصيه والتي تتجر فيها الانا ذاتها الى العرض ، تتعدد اشكالها بتعدد الميكانيزمات التي نقيّمها ومن هنا فالادق هو تشخيص الميكانيزمات لا تشخيص للأعصبه " فميكانيزمات الدفاع تمثّل عناصر نمطيه تشكل اثنافاتها اللانمطيه غالبه الأعصبه الواقعيه عند الافنراد " هينخل ، ١٩٦٩ ، ٢٠٤)

ويرى (صلاح مخسر) اذا كان العلم في صحيحه وبمعنى الكلمه هو هذه العمليه التي ترد كشره الظواهر المشاطه الى وحده الصرح النظرى التفسيري أو القانون التفسيري . الفهمى أو كل أقل عدد ممكن من المبادئ التفسيريه لكان لنا ان نعتبر مبدأ الاقتصاد لب العمليه ومحورها المركزى . ومن هنا يمكن رد كشره الأعصبه الى نموذج هيكلى واحد وذلك ما ينتج لمبدأ الاقتصاد وان يكون أكثر امعانا ومن ثم ينتج للعمليه العمليه أن تكون أمعن علميه .

ويرى ان الاعصبه تشكله تباينات لنمط كيفى واحد قوامه التجنب أو العزل .

١- بعد الخوف من الحزرة الغريزيه الخطيرة (القلق) المنطلق واذا بقى على هذا الحال فهو (عصاب القلق) وتعتبر عند " أوتوفينخل " هستريا (القلق)

وهستريا القلق عنده عندما تتجدول للخارج يصبح بمعنى تجنب الموقف أو المدركات المشيره للقلق . أو باسنادات شويبا ، لائمه خارجيه وبذلك يتحول الخطر الى خطر خارجى كليه (أوتوفينخل ١٩٦٩م) ، ٢٤٦) .

وهكذا بعد تحول الخوف (القلق) الى موضوع خارجى تكون الفوبيبا من حيث هي مخاوف تشريطيه . وبظهور ميكانيزم العزل يكون الدفاع بتجنب الموضوع أو الموقف وهنا بتتعد الشخص عن الموقف المشير للخوف .

- وفي الهستريا بدلا من تجنب الموقف الخارجى بالابتعاد عنه (العزل والتجنب) يتم هنا التجنب بتعطيل حواجز الفرد أو حركته فتتعدم حساسته أو تشمل حركته ما نفسم هستريا التبدلين فالعزل أو التجنب هنا يتم بتعطيل وظائف البدن بعد ان كان بسنم فى الثوبيا بتجنب الشخص للموضوع أو الموقف البدل فى الخارج .

- وفي حالة العصاب القهرى يتم التجنب بنوع جديد من العزل . فيتم عزل الفكره الحصاره عن جهازها الحركى أى التنفيذ . وفى نفس الوقت يتم عزلها عن شخصيتها الاعماليه الدافعه مما يجعلها مجرد فكره عاجزه ولا سبيل أمامها الى التنفيذ الفعلى وعلى هذه الصوره يتحقق العزل والتجنب .

- وفي حالة الامراض العقليه حيث النكوص عميق بعيدا تتعطل الأنا وضمن اختبار الواقع عندئذ فان للحفره الغريزيه سبب الخوف والتي ادت فى تجنبها الى الثوبيا أو التبدينات أو الاحصره أو الفهور تخرج الى السطح وتصبح اعتقاداً جازما (هذيانا) وتحولت الرغبه الى اعتقاد جازم فى واقعيتها وتظهر فى خدمه ذلك تحريفات الادراك والادراك بغير موضوع (الهلوسات) كما يظهر كحصله لهذا كله " الخاط العقلى مثل الهوس أو العصاب والبارانويا . وعند ما تنتصر الدافعات يكون الاكتئاب .

وسيزه هذا التفسير انه متفق مع مبدأ الاقتصاد ، فبدلا من كثره الميكانيزمات يكون الاقتصاد على العزل والتجنب .

ويؤكد (صلاح مخيمر) على ان الثوبيا تشكل النواه فى كل عصاب وكانت الثوبيا يمكن ان تتطور الى هستريا تبدل او الى تهور وكانت الثوبيا مرحله انتقاله الى الهذيانا فان تشديص الأعصبه مسأله غير دقيقه بالقياس الى تشخيص الدافعات . والائلاف الفريد الذى ينتج فى كل حاله من الحالات وهذا الحدوث عن الائلاف الفريد الذى تستخدمه

الدفاعات العصبية والذي يقول به فينخل ليس غير التحسب أو الانظام الذي يتخذ
النمط الكففي في حاله من الحالات العبانيسه . وفي هذا كله ما يدل على ان الأعصبه
لست غير تباينات لنمط كفي وظيفي واحد يستهدف التجنب والعزل استعدادا عن الخطر
بأسنه وسيله حتى ان تخطى الأمر انثشوبيهات الادراكيه الى الانكارات الفصاميه .

ونرى (دورشي رو D. Royce) ان الخوف الأعظم هو الخوف من اباده الذات
(Annihilation of the self) وفتاتها . وتهرب من الخوف بالعمل الشاق

بتنظيم حابتنا وحباه الاخيرين . أو يتحول الى موضوعات خارجيه مثل الانراط
في الطعام أو الادمان . بغرض مصادره الخوف . ومع الاستمرار في انكار الخوف فد يلجأ
البعض الى الاحتفاء بالشكوى والامراض الجسميه . وذا لم تتحج هذه المحاولات فنجد
من يلجأ الى كانه الدفاعات التي تعرف بأعراض المرض النفسي والعقلي وتعتبر ان اقصى انواع
الخوف الذي يحدث من داخل الانسان وليس كاستجابته لخطر خارجي يمكن التعبـير
عنه فيتلقي العون فالخوف الداخلي يستشعر في صورته فلق أو خزي أو مشاعر ذنب دون قدره
على التعبير عنه كخوف ومواجهه الخطر بأسلوسين اما بمحاربتته أو بالهروب منه فتكون للخوف
وظيفه حيويه فهو يستشعر التهيو الجسمي للتصرف السريع في مواجهه الخطر سنسواء
بمحاربتته أو بالهروب منه اذا تتزايد ضربات القلب ويسرع التنفس فيزيد الاوكسجين الذي يدخل
الجسم ويغرز الادرنياالين في الدم . اما اذا عجز الفرد عن استخدام هذا التهيسنو
الجسماني اما لعدم وجود موضوع خارجي للخوف أو لعجزه عن مواجهه هذا الموضوع وتتسوع
مصادر الخوف الذي لا يظهر له مسببات واضحة في الواقع الحارجي وهناك ابعاد رئيسيه
في حباه الانسان تمثل مراكز للصراع الذي يحمل مصدر تهديد مستمر فالطفل يبشغل

منذ مولده بالتواصل مع الآخرين وبصبح فرداً له ذات وهذا يتوقف على ما يتحمله واقعه فأن لم تتبلور هذه الذات في احساس منسق في مرحله مبكره فانه في مواجهه ضغوط الحياه يجند نفسه ممزقاً في عالم أشبه بعالمه وهورضيع . وبهت الطفل وينشغل بربط الاجراء المعترقه من المشاعر والاحساسات في خبره متكامله ولكن ندرجياً ان يربط بين خبره وآخرى الى أن يصل الى نظام أى بناء فيتعرف به على ذاته وعلى العالم من حوله . ويتفاعل فيه وهو بذلك يكون قد حقق تدرأ من التكامل مصبوح فده مشيراً للخوف الشديد المهدد بفناء واباده الذات .

ومن خلال معاشه الطفل للآخرين تتشكل " الابنيه " التي ينشئها لذاته ومدى تقبله لها . واحياناً يمكن اعتبارها " معانى " فنحن نحيا ونتفاعل من خلال هذه المعانى فهى التى تعطى عالمنا معنى الانتظام وعندما تخطى احدى توقعاتنا نستشعر الخوف من أن نكون قد اخطأنا فى كل المعانى وليس فى احداها فقط . وعندما نواجه فى حياتنا التباين بين هذه المعانى أو الابنيه وبين الواقع نستشعر الخوف والاحباط والغضب والعدوان واحياناً الاكتئاب .

وفيما نتقدم قد أوضحت (دورشى رو) ان ميكانيزم الانكار للخوف والهروب بدرجات متفاوتة ونشأته من التضاد والتنافر بين المعانى والابنيه التى يقيمها الفرد لذاته وبين التهديدات الخارجيه مما يشعره بالخوف .

وهذا مقابل الفكرة التى قدمها (صلاح بخيمر) عن ميكانيزم العزل والتجنب الذى تقدم فى صوره متصل بجعل من الامكانيه تقديم تصنيف للأعصبه والاذهنه بناء على ذلك بالإضافة الى اظهار التباين بين الانماط والحالات العيانه المختلفه . أى ان ميكانيزم الهروب والانكار

عند (دورشي رو) يتقابل ميكانيزمات التجنب والعزل عند (صلاح مخيمر) . وقد م كل منهما التفسير والبرهان على فكرته عن جدوله الخوف الى كل من الاضطرابات العصبيه والذهانيه فكلهما ينتمى الى الاتجاه السيكوبينامى والكلينيكى نظريه (أدولف ماير Adolf, M ١٨٦٦ - ١٩٥٠)

تقوم نظريته على تأكيد دور الوراثة والبناء وخبرات الحياه وضغوط البيئه ويصرى ان سبب العصاب عاملان هما العامل الاول مستويات الطموح غير الواقعيه التى لا تتناسب مع امكانيات الفرد المختلفه . والعامل الثانى عدم تقبل الذات . والعامل الاول هو المسئول عن تحقيق الطموحات .

(ج) النظرية الشرطيه

تعتبر افكار (بافلوف) بنظرية النشاط العصبى الراقى ويقصد بها ميد تأثير تأثير الجهاز العصبى الى اكبر عدد ممكن من اوجه نشاط الكائن العضوى ويقوم بهذا التأثير العصبى على اساس عمليه الترابط أو الانعكاس الشرطى . فأصغر الاحداث أو التغيرات فى العالم الخارجى أو العالم الداخلى العضوى للكائن يمكن ان ترتبط بحالات عصبية معينه مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطى .

ويعتبر (بافلوف) التآزر بين النظم الثلاثه الآتية أساس الصحه النفسيه للفرد أو النشاط العصبى السوى :-

١- نظام الافعال المنعكسه غير الشرطيه المتمركزه تحت اللحاء وتشمل الغرائس والدافع والانعالات وتلتصق بالتصفيئ الكروبيير، للمخ .

٢- نظام الاشارات المباشرة نتيجه عمل الحواس مثل سماع الصوت أو شم رائحه محدد ه
أورويه بعض المدركات .

٢- النظام الاشارى الثانى ويوجد فى العصوص الاماميه من اللحاء ويعتمد على اشارات
النظام الأول .

وبناء على التآزر بين النظم السابقه تحدث السويه والخلو من المرض واذا حدث اختلال
ما أدى الى ظهور فئتين من الامراض فى رأيه الهستريا والاعياء النفسى (السيكمشتيا)
فالهستريا تفكك فى النظام الاشارى الأول أما الاعياء فتتك فى النظام الاشارى الثانى
وأع تبر كل من الاعياء والهستريا بصييان الانسان ولا يصاب بهما الحيوان .

ووجدت هذه النظرية كثير من المعارضين بكيفيه وضع السلوك الحيوانى والانسانى
على مستوى واحد .

وكذلك حاول (أيزنك) فى نظريته للشخصيه ربط فسيولوجيا الجهاز العصبى
بالسلوكيات الخارجيه . وحسب نظريته فان الاضطرابات النفسيه تنشأ من تكوين
افعال منعكسه خاطئه بتأثير تفاعل عاملى البيئه والوراثة أى من الاستعداد الوراثى
للعصاب أو ما يطلق عليه (عدم الثبات الانفعالى) وينتج من اضطراب فسيولوجيا
الجهاز الطرفى أو السطح الانسى من الفعس الصدغى أما ابعاد الانطوائيه
والانبساطيه فمركزها فى التكوين الشبكي وله علاقته بدرجه الانتباه .

-واذا وجدت الانطوائيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب تؤدى الى حدوث أمراض
مثل القلق والعصاب القهرى والاكتئاب . وتتكون الافعال المنعكسه بسهوله ومن الصعب
اطفائها .

- واذا وجدت الانبساطيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب نشأت الهستيريا والنموسوج السيكيوباتى للأفراد .
والافعال العنكسه من السهوله انطفائها ولذلك يتميز من مريض الهستيريا بالقلبيه للايحاء .

ويتميز الشخص الانبساطى بانخفاض درجه التنشيط الشبكي والشخصى الانطوائى بارتفاع درجه التنشيط الشبكي .

محددات أخرى :-

الحضاره والثقافه والحاله الاجتماعيه لها اثرها البالغ فى تكوين الشخصيه وأيضاً فى ظهور بعض الانحرافات والاضطرابات . فالظروف الاجتماعيه من فقدان بعض الوالدين أو كلاهما . والطلاق والادمان لهم الأثر السلبي على سلوكيات الأطفال . وأجريت العديد من الدراسات حول نظره المجتمعات الى المرض والسويه والانحراف تختلف من مجتمع لآخر . والاختلاف ما بين الريسف والحضر فى انتشار الامراض النفسيه وغيرها يحتاج لمزيد من البحث والدراسه وكذلك ارتباطها بالطبقه الاجتماعيه وخصوصاً الطبقات الاجتماعيه والاقتصاديه غير محدد ده تحديد دقيق فى مجتمعنا كما لا يوجد احصائيات دقيقه .

- اساليب المعامله الوالديه والترتيب الميلادى للطفل والعلاقات داخل الاسره بسين الأخوه وأيضاً الاستعداد الوراثى وانفعال بعض الجينات من أحد الابوين . فقد وجد ان بعض العلائلات لديهن استعداد وراثى لاصابه ببعض الامراض النفسيه والعصابيه .

- الضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته وشدتها وازمانها .
- سرعه التغيير الاجتماعى وصعوبه التكيف فى التشكل الحضارى السريع .
- ضعف بعض القيم الدينيه والخليقيه فى مواجهه التطلعات الفرديه وتحقيق الرغبات الفرديه .

الهستيريا

أولا : مقدمة :

يشمل لفظ هستيريا مجموعة من الاضطرابات الجسدية والنفسية وتعرف بأنها مرض عصابي يتميز بظهور علامات وأعراض فرضية بطريقة لا شعورية . وهذا اللفظ من أقدم التعبيرات المستخدمة في ميدان علم النفس المرضى فقد ذكرت الاعراض الهستيرية عند قدماء المصريين في القرن السادس عشر قبل الميلاد ولكن لم يستخدم لفظ هستيريا الا عند اليونان القدامى وهى موجودة عن كلمة (هستيريا) الرحم .

وكان الاعتقاد السائد بان الهستيريا لها علاقة بالاعراض العرضية الجنسية للرحم والحرمات الجنسي . ويتم العلاج والتخلص من هذه الاعراض بالعمل على عودة الرحم الى مكانه الطبيعي باستخدام الدهون والزيوت وغيرها . وطلبت هذه الفكرة لفترة طويلة . ولذلك اقتصر هذا المرض على النساء دون الرجاء حتى القرن السابع عشر الميلادى حتى أكد (شارل) الطبيب الانجليزى أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين في مراحل حياة الأفراد المختلفة ومصدر المرض المخ والجهاز العصبى وليس اضطراب الرحم وتجوله في داخل الجسم نتيجة للحرمات الجنسي .

ومع التقدم فى النواحي الفسيولوجية والتشريحية ومختلف العلوم أغزى (شاركو) الأعراض الهستيرية الى الاستجابة للمتغيرات والعوامل النفسية الضاغطة مسببة الاستعداد الوراثى للإصابة بهذا المرض . وأضاف (جانيت) أنه اضطراب نفسى مكونات الشخصية يؤدى الى تفككها .

وأكد " فرويد وبروبر " على دور الخبرة المبكرة في الطفولة وخصوصا الصدمة الجنسية وقام بعلاج حالات الهستيريا باستخدام التداعي الطليق . ولاتت هذه الفكرة الكثير من العقدة لاعزاء العرض الى الخبيرة الجنسية الصادمة . وبهذا قدمت نظرية التحليل النفسى الفهم للميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا العرض وتأثير خبرات الطفولة فى تكوين الشخصية الهستيرية وقدت بعض الآراء الفسيولوجية وخاصة " بافلوف " فقد أوضح أن المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة والقشرة المخية تقوم بدور هام فى كف واحباط مراكز تحت القشرة فى المخ . وهذا الضعف يؤدي الى اثاره ما تحت القشرة وتصبح هذه المراكز مصابة بعدم التوازن والاندفاع والتهور . وعند تأشير الضغوط والشسداثت تظهر المنعكسات البدائية الالوية دون سيطرة عليا عليها وبالتالي تظهر الأعراض الهستيرية . ويلاحظ مدق التشابه بين القشرة المخية للطفل والشخصية الهستيرية .

ثانيا : العوامل المهيئة لحدوث الهستيريا :

بعد توضيح مختلف الآراء فى المقدمة السابقة . الا أن ظروف ومتغيرات التشئة الأسرية الاجتماعية . وأساليب المعاملة الوالدية بالذات لها أثر مهيء لحدوث الأعراض الهستيرية ومنها :-

١- التدليل الزائد والمبالغة فى مدح الطفل أو الطفلة وتناول سلوكياتهم بالتفخيم والاهتمام الزائد بكل ما يصدر عنه وخصوصا بعد سن الرابعة وحسبى العاشرة . وتظهر الأمراض فى مرحلة الطفولة المتأخرة والبلوغ ومع المراهقة بالنسبة للأطفال المدليين .

٢- المبالغة فى حماية الطفل ومنعه من القيام بالانشطة والمسالك الخاصة

بتوكيد ذاته أو إعطائه المزيد من الثقة بالنفس . وبذلك يصبح الطفل غير ناضج اجتماعيا وانفعاليا لفقد الاحتكاك والتعامل مع الآخرين وتحدث لدى غالبية الأطفال المرضى أما الطفل أو الطفلة الوحيدة .
٣- اشعار الطفل دائما بأنه مميز عن بقية الأخوة أو الأخوات أو الزملاء في الفصل والمبالغة في رعايته اما لمرضه أو لجماله وجاذبيته .

وبذلك يتكون لدى الطفل مفهوم غير حقيقى وواقعى عن ذاته وكأنه مميز فى كل شىء وعن مواجهته بالحقيقة أو تعرضه للمشكلات وتحمل المسؤوليات يشعر بالاحباط والفشل . وتظهر الأعراض الهستيرية كوسيلة طفلية لاسترداد الحب والاهتمام والرعاية ولكن هذه المرة طلب الرعاية والاهتمام بطريقة غير سوية .

وتحدث الاضطرابات الهستيرية بين الاناث والسيدات أكثر منها بين الرجال وقد تبلغ نسبة (١ : ٥) ولكن التعبير عن الانفعالات والضغط ومواجهة الشدائد قد تأخذ صورا أخرى عند الرجال . ففي الحرب العالمية الأولى كثرت الأعراض الهستيرية لدى المحاربين والحرب العالمية الثانية كثرت الأمراض السيكوسوماتية .

ونظرا لحدوث الهستيريا يرجع لعاملين أساسيين هما : الوراثة والبيئة فإذا قدمنا فيما سبق بعض أساليب المعاملة الوالدية المسؤولة عن الاضطراب الهستيري ولكن لا يغفل دور العوامل الوراثية فى حدوث الاستعداد للمرض . ويـزداد حدوث الأعراض الهستيرية فى الأطفال وفى سن البلوغ. ومن الصعب تحديد نسبة انتشار الاضطرابات الهستيرية بين الأفراد .

ثالثا : الشخصية الهستيرية :

تتميز الشخصية الهستيرية ببعض الخصائص الانفعالية والسمات التي تميزها عن غيرها من الشخصيات العصائية الأخرى ومنها :-

١- تتنازع الشخصية الهستيرية بالأناثية (التمرکز حول الذات) . وهو الاهتمام

الزائد بذاته وأموره ومصالحه الشخصية دون الاهتمام أو الفطر الى اهتمامات الآخريين المحيطين به . مع محاولة جذب الاهتمام الدائمة نحوه من قبل الآخريين والاستعراضية والمبالغة في كثير من الاصابة في العلبس والمظهر بصفة عامة ولغت أنظار الآخريين .

٢- العلاقات بين الشخصية تصف بالتعدد والاتساع . أى كثرة الصداقات الا أنها علاقات سطحية بدون دراسة أو اهتمام . بجانب وجود عدم الاتزان أو الاستقرار الانفعالى فانها دائمة متغيرة .

٣- الشخصيات الهستيرية تتميز بعدم الاعتماد على النفس والتواكل ولا يتحملون المسئولية الذاتية أو المسئولية تجاه الآخريين ويعبرون عن ذلك بعدم القدرة أو التنازع والهروب من المواقف التي تحتاج الى مجهود ومثابرة .

٤- تتميز الشخصية الهستيرية بعدم النضج الانفعالى : ويعنى ذلك التغير السريع فى الانفعال من حالة لأخرى . وعدم الثبات الانفعالى والتذبذب فى تكوين العاطفة نظرا لعدم ثبات الحالة الانفعالية . وعدم القدرة على ضبط الانفعالات أو التعبير عنها بطريقة ثابتة مستمرة تميز هذه الشخصية بالعلاقات الاجتماعية فى العمل أو فى أى مجال بعدم الاستقرار .

٥- تتميز الشخصية الهستيرية بالقابلية للايحاء . وهو تقبل أفكار وآراء الآخريين دون نقد أو مناقشة والتأثر بها . ويتفاعل مع الاحداث والشخصيات العشييرة

انفعاليا . ويشبه في ذلك الحالة الانفعالية الطفلية ولذلك يستخدم الايحاء

في علاج الحالات الهستيرية في كثير من الاحوال .

٦- عدم التحكم في الانفعال وضبطه ونظرا للتغير السريع للحالة الانفعالية لدى

الفرد الهستيري فأحيانا ما يبتابه شحنه انفعالية قوية من سرور وابتهاج ونشوة

وسرعان ما تنقلب الى حزن وغضب وتظهر بعض المواقف المسرحية في وجود

الآخرين وهذا ما يميز النوبات الهستيرية لجذب انتباه واهتمام الآخرين من حوله .

٧- القدرة على التعدد في الشخصية . ونظرا لاسباب السابقة نجد أن الشخصية

الهستيرية تستطيع الانقلاب (الانفصال) من خصائص انفعالية مميزة لشخصية

ما الى خصائص انفعالية أخرى تتلاءم مع الموقف الجديد أي أنهم يمتلكون القدرة

على الهروب من المواقف وسرعة التغير .

رابعاً : تصنيف الأعراض الهستيرية :

تعتبر الأعراض الهستيرية أكثر الأعراض العصابية انتشاراً لأنها تشتمل على كل

من ردود الفعل العصابية النفسية والجسدية معا . كما أن بعض الاعراض والاضطرابات

الهستيرية كثيرا ما تصاحب الأمراض النفسية أو العقلية وأحيانا مع الأمراض العضوية

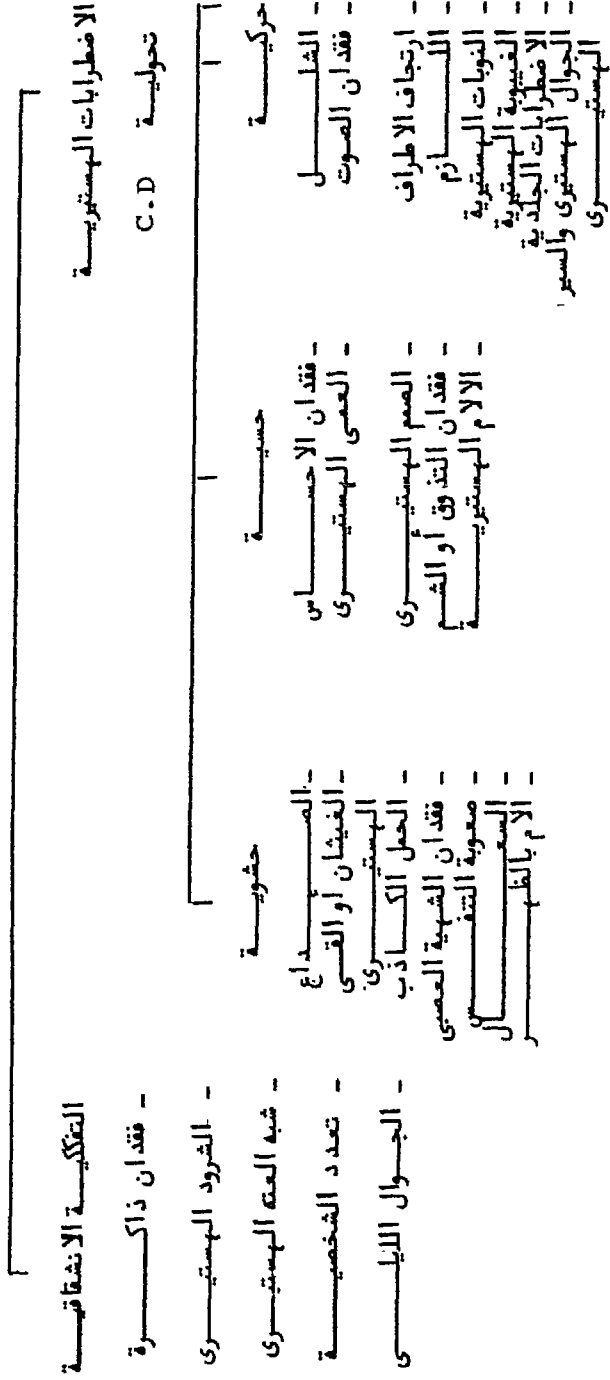
المزمنة . وبعد أن قدم " فرويد " تفسيره لحدوث الهستيريا وعلاج الحالات الهستيرية

قامت هناك محاولات لتصنيف الأعراض الهستيرية منها تصنيف " كامبرون " " جاك

روسترينج " و " عكاشة " وستقدم التصنيفات الثلاث من صورة مقارنة .

تصنيف الامراض الهستيريية

أولا : "عكاشة" :



طانيا : تصنيف "كامرون"

الاهمستيرية الترفيقية

- فقدان الهموت
- فقدان الشهية
- العمل وفق الاحساس
- فقدان البصر

الاضطرابات الهمستيرية الالارادية

- الاضع
- فقدان الذاكر
- الخايجات
- تعدد الشخصية
- المشى اشياء النوم

طاليسا : تصنيف (جاك روى سترينج)

الاهمستيرية التحويلية

حالات التناك الهمستوى

فقد الذاكر

الذويات الهمستيرية

- من عرض التصنيفات الثلاث السابقة يتضح الآتسى :
- الهستيريا التحولية فى تصنيف عكاشة هى نفسها عند " جاك سترينج " وتقابل التوقفية عند " كامبرون " . والهستيريا الارادية عند (كامبرون) تقابل التفكيرية عند كل من " عكاشة ، وسترينج " .
 - العملية الداخليه النفسية فى حالات الهستيريا التحولية هو تحول للمصراع النفس والتوتر بعد كبتة الى عرض عضوى أو جسمى وله معناه الرمزى وقد أظهرت ذلك نظرية التحليل النفسى ولكن لا يدرك الفرد الهستيرى العلاقة بين العرض العضوى والسبب الخفى ورائه وبذلك يتم التحول لاشعوريا . وأحيانا لاراديا كما فى الهستيريا التفكيرية عند كل من " كامبرون " ، " عكاشة " .
 - والهستيريا التحولية (الحسية) عند " عكاشة " تقابل التوقفية عند " كامبرون " من وجهة نظر فقد العضو للاحساس من حيث الوظيفة وهى ما عبر عنها كانون بتوقفه عن أداءه وظيفته .
 - النوبات الهستيرية فى تصنيف " سترينج " هى نفسها عند عكاشة فى الهستيريا التحولية (الحركية) .
 - التصنيف الذى وضعه " عكاشه " اشتمل كل أنماط الاستجابات الهستيريا أو بمعنى أوسع الاضطرابات والأعراض الهستيرية .
- وواضح به الربط بين العضو الذى اشتغله الاضطراب هل هو حركى أم حسى أم حشوى أم ادراكى وعقلى . وهذا واضح من التصنيف السابق .

خامساً : هستيريا التبدلين والأمراض اليكوسوماتيه :

غالبا ما يختلط الأمر بين الأمراض السيكوسوماتية والهستيريا التحولية (التبدينية)
(Conversation Hysteria) في مظاهر الأعراض . فالأعراض نسي
كليهما أعراض جسديه كتعبير عن الانفعالات . ويمكن التمييز بين كل منهما في أوجه
الاختلاف الآتية :

١- من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض في هستيريا التبدلين أعراض فيزيائية تمثل بشكل متكرر اشباعا لرغبة غريزية
لاشعورية أو كفا لها أو الأمرين كليهما . مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لاشعوري
ومن هنا تتطوى الأعراض الفيزيائية على دلالة . وان لم تكن شعورية بالنسبة الى صاحبها
بخلاف الأعراض السيكوسوماتية التي تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما (أى
ليست هناك أدلة لهذه الرمزية حتى الآن) . ومعظمها أعراض شعورية ناتجة عن ازمان
الانفعالات النفسية واستمرارها لمدة طويلة مع بقاء المثير الخارجى أو الداخلى المسئول
عن هذا الاضطراب مع الاستعداد الوراثى السابق على الاصابة ونمط الشخصية كعامل
محدد .

أ - الانفعالية أو هي المغالاة الهائلة فى الغالبية للايحاء وعدم الاستقرار الانفعالى
التفكك ، تفجرات انفعالية فى نوبات من البكاء أو الصراخ .

ب - الشعورية : اندام الحساسية (Anesthesius) واضطراباً
الوظائف الحسية من عمى أو صمم الخ . النوم ، الأوجاع الهستيريه
تقدانات الذاكرة .

- ج - الحركية : شلل حركى (دفاع فعل) - شلل ارتعاشى - نوبات تشنجية -
قصورات فى التناسق الحركى - الخرس الهستيرى .
- د - الأعراض الأكثر خطورة : الروع بالأكاذيب - الهلوسات - الجولان النائم
التخشب - الخبل الكاذب . ولو أن اللوحه الكلينيكية لهستيريا التبدىسن
تكثيرة الشكل الى أبعد حد .

ويحدث لمريض هستيريا التبدىسن (التحويلية) أعراض تحويلية نتيجة لمواجهة
مشاكل أو موقف لم يستطيع الفرد حلها أو تقبلها فتظهر عليه الأعراض للجسد يية
وبذلك يتحقق للمريض هدفين هما حماية نفسه من مواجهة هذا الموقف ، ولهذا
يلاحظ على مريض هستيريا التبدىسن عدم الاكتراث بالعرض رغم ما يسيبه من اعاقبة
نظرا لما يحدقه من هروب عن مواجهة المواقف . ويستدر بهذا العرض عطف
واهتمام المحيطين به ولذلك يلاحظ حدوث النوبات التشنجية أو النوبات الهستيرية
دائما فى وجود الآخرين . ولكن فى مرضى الأمراض السيكوسوماتية فلا يوجد للعرض
دلالة رمزية أو هدف . وليست اشباغات بديله عن انفعالات مكبوته كما هو الحال
فى التحول . بل هى أحداث فسيولوجية ما يصحب هذه الانفعالات . وتعتبر
من هذه الناحية اعداد الكائن الحى ، ولكنه اعداد جسمى أى توافق (داخلى
التأثير) على حد تعبير (كانون) ولكى يكون التكيف وبالتالي تخفيف التوتر كاملين
فلا بد من توافق خارجى التأثير . أى فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير
مناسب عن الانفعال . وعندما تترن حالة من هذا القبيل تصبح مرضية ومصدر للعرض .

٢- من حيث سيطرة الجهاز العصبى :

تختلف الأعراض الهستيرية عن الأعراض السيكوسوماتية فى أنها تنشأ فى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الارادى . فنجدها تصيب الوظائف الادراكية كحركة الأطراف أو العمليات الادراكية كالبصائر أو الأحبال الصوتية ولذلك تكون لها طبيعة ارادية الا أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث فى أجزاء من البناء الجسمى التى تستثار بواسطة الجهاز العصبى المركزى الارادى كالمعدة والشعب الهوائية فى الرئتين والجلد والشرابين وهى أعضاء لا تخضع للتحكم الارادى ما عدا التهاب المفاصل الروماتيزمى الذى يسبب تلفا للعضلات الهيكلية ونوبات من الألم المستمر رغم أن العضلات الهيكلية يسيطر عليها الجهاز العصبى الارادى ولهذا اشارت تلك الفئة المرضية اعتراف بعض الأطباء على الشروط التى ذكرتها رابطة الطب النفسى الأمريكى للشروط الذى ينص على سيطرة الجهاز العصبى الارادى على الاعضاء والأجهزة التى يشملها المرض السيكوسوماتى . ورغم ذلك تعتبر الجسمى الآن ضمن الفئات السيكوسوماتية التى تعتبر اصابة عضوية فى بناء الأنسجة وليست اضطرابا وظيفيا فى آلية عمل العضلات أو المفاصل أو الشرايين والأوردة الغذائية لها مثل الصداع النفسى .

٣- من حيث الميكانيزم الدفاعى المستخدم :

تتميز هسنيريا التبدن بميكانيزم الكبت . فىرى وارين ، ١٩٣٤ " أن الهستيريا هى عصاب نفسى ينجم عن صراع ما بين الأنا والنزعات البدائية للهوى حيث تتعرض هذه النزعات الأخيرة للكبت ومن ثم تكون بذلك مستبعده من التعبير الشفوى المباشر

ويفترض أن المادة المكبوتة اللاشعورية تجعلها منصرفا فيزيائيا غير مباشر عبر التبدلين
وما يتخذ عن الأعراض الهستيرية . ويؤكد هذا ما توصل اليه (فرويد ١٨٨٥) من
أن الهستيريا تنجك عن صدمة نفسية لا يكون للمريض عنها تذكر شعوري
ويستخدم هذا للدلالة على عدم الاستقرار الانفعالي والايحاء ، وعندما يجد الصراع
المكبوت اللاشعوري تعبيرا في اضطراب فيزيائي فان (فرويد) أطلق على ذلك
(هستيريا تبدين) .

بينما نجد أن أهم ميكانيزم دفاعي لدى المرضى السيكوسوماتيين هو الانكسار
وقد سجل (فيشر) مقابلات شخصية لعشرين مريضا (١٢ رجل ، ٨ سيدات)
وكل منهم له تاريخ حالي أو ماضى لمرضى أو أكثر من الأمراض السيكوسوماتية . وهؤلاء
المرضى من فئات مرضية مختلفة وتم التأكد من التشخيص . وتم استخراج صنفين مميزين
لهم :

- ١- بيد والعون الأساسى لفكرهم ومعتقداتهم من انعكاسات على زيادة التوفيق نفسى
التفصيلات التافه للأحداث الخارجية المحيطة بهم أو الأفعال . وفى هؤلاء المرضى
لا يوجد تخيلات مميزة تعبر عن المشاعر الداخلية أو الدوافع لديهم . وتبدو
أفكارهم سطحية عديمة التمييز .
- ٢- أن هؤلاء المرضى يختلفون عن الذين يعانون من الاضطرابات العصابية والذهانية
فى كثرة تخيلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم . ولهذا يعتبر
لديهم الامكانية الكافية على تحمل معاناة المشاعر والتعبير عنها داخليا
وهذا ما يوضحه ميكانيزم الانكار بمفهومه السيكلوجى .

الاكتئاب

أخذت معظم الاضطرابات الوجدانية الاهتمام الكافي بها في جوانب شتى لسنوات طويلة . لكن الاهتمام بدراسة الاكتئاب ازداد في العقدين الأخيرين فقط من وجهة النظر المعرفية . على الرغم من أنه أكثرها انتشاراً أوشيعاً فينتشر بنسبة (٥٪) بين المجموع العام كمرض . وبنسبة واحد من بين كل عشرة أفراد كنوبة اكتئابية وهذه النوبات تنتهي بنسبة (٢٥٪) بعد مرور شهر بدون مساعدة أو علاج وتنتهي الأعراض بنسبة (٥٠٪) بعد ثلاثة شهور بدون تدخل علاجي (أمينسون وليفيسون Williams & Levinsohn ، ١٩٨١) . ولقد لخص (وليمس Williams ١٩٩٢) أسباب تأخر الدراسة في مرض الاكتئاب الى ثلاثة أسباب أساسية وهي :

أولاً : يبدو الاكتئاب وكأنه ناتج عن اضطراب بيولوجي أكثر منه نفسي والتطور الذي حدث في أدوية مضادات الاكتئاب ونتائجها دعمت هذه الفكرة والتي تعزى حدوث الاكتئاب الى الاختلال في المكونات الأمينية في المخ .

ثانياً : الأعراض الخاصة بالاكتئاب كثيرة ومتنوعة ، وكان ينظر الى أعراض الاكتئاب ككف أو انطفاء . وترجع هذه الأعراض الى فقد التدعيم من المحيطين بالفرد فيضعف السلوك والنشاط للفرد .

ثالثاً : يعزى حدوث الاكتئاب الى رد فعل لصدمة كبيرة وظهور الاستجابات الاكتئابية لهذه الصدمة . وعند حدوث الاكتئاب في حالة عدم وجود

صدمة يرجح اعزاء حدوث الاكتئاب الى الاستعداد لهذا الاضطراب .

وهناك الكثير من الأفكار المعاصرة التي أكدت على الدور المركزي للعوامل المعرفية في حدوث الاكتئاب . فقد أشار (بلاكيون وآخرون ، ١٩٧٩) الى أن العدائية العامة في اتجاهيها أي العنابية الداخلية والخارجية التي تقاس باختبار العدائية واتجاهيها (HDHO) تعكس الافكار ووجهة النظر السالبة والمسقطلة لدى الاكتئابيين . ويمكن النظر الى العدائية كمفهوم معرفي وكجزء من الاتجاهات العامة السالبة التي تؤدي الى الانفعال الاكتسابي العلاقة بين العامل المعرفي والانفعالي معروفة منذ فترة طويلة فوجد كل من (سكاكثير وسنجر Schachier & Singer أن الانفعالات التي يظهرها الأفراد تعتبر وظيفة للموقف المعرفي وبذلك يعتبر الانفعال رد فعل لحدث داخلي معرفي (دافيد وآخرون David et al ، ١٩٩١) .

ويؤكد كل من (فالينس Valins ، ١٩٦٦) و" لازاروس Lozarus ، (١٩٦٦) و (اليسن Ellis ، ١٩٦٢) و (ماهوتى Mahoney ، ١٩٧٤) على أن الأحداث الداخلية للفرد مصدرها المعلومة المعرفية . وعندما يظهر على الفرد مظهر انفعالي واضح يعتبر رد فعل للجانب المعرفي وأشهر نظرية معرفية وضعت للاكتئاب هي نظرية " بيك " (١٩٦٢ = ١٩٨٢) والتي حدد فيها الانحراف الأساسي في تفكير الاكتسابي في ثلاث اتجاهات أطلق عليها

الثلاثي المعرفي السلبي وهي النظرة السالبة للذات والحاضر والمستقبل وبوجود بعض الظروف البيئية تظهر بداية الصبغة السلبية للأفكار ومن هنا تغيرت النظرة للعالم في كتابه الحديثه وطبقاً لوجهة نظر " بيك " فإن الأعراض الأخرى مثل النواحي الوجدانية أو الدافعية تعتبر ثانوية بالنسبة للانحراف المعرفي لديهم (بيك ، Beck ، ١٩٧٩) وتبعاً لنظرية (بيك ، ١٩٨٢) التي ابرزت الخصائص المعرفية المميزة لمعتقدات وأفكار الاكتئابيين عن غير الاكتئابيين من مرضى وأسوياء :

- ١- السلبية Negativity أفكار الأشخاص المكتئبين أكثر سلبية عنه .
- لدى غير المكتئبين .
- ٢- الثلاثي Triad ويتميز الأفراد المكتئبون بنظرة سلبية الى الذات (S) والعالم (W) والمستقبل (F) وهذه النظرة السلبية تشمل كل فئات الاكتئاب الاحادى القطب . وهذا النمط من أنماط الاكتئاب الذي اهتمت به نظرية " بيك " .
- ٣- التلقائية Automnaticity الأفكار والمعتقدات السالبة تتكرر بتلقائية وغير متعمدة ولكن غير قابلة للسيطرة عليها .
- ٤- المنع أو الصد Exclusivity تشيع بين الاكتئابيين الأفكار السلبية ولديهم صد تلقائي للأفكار الايجابية ومحاولة استبعاد التقنيات الشخصية الايجابية للأفراد الآخرين .

وترتبط المعارف السالبة لمرضى الاكتئاب مع شدة الاعراض غير المعرفية للاكتئاب والأفكار الاكتئابية السالبة تعكس أسس العملية المعرفية مثل التذكر الاختياري

للعواقف السلبية والحزينة أو تحريفات الواقع.

ويوضع الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية في كل من DSM III دليل تشخيص الأمراض العقلية الذي تصدره رابطة الأخصائيين الأمريكية , ICD-9 دليل تشخيص الأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية . وينقسم الاكتئاب الى فئتين . شائب القطب Bipolar ويتميز بنوبة هوسية ونوبة اكتئابية بالتبادل والاكتئاب أحادي القطب Unipolar وينقسم بدوره الى نوعين هما الاكتئاب الأساسي (MDP, Major depression disorders) والاضطراب الدايمي Dythymic disorders وهذا الأخير يتميز بنوبات اكتئابية مزمنة متوسطة الشدة وتحدث لمدة سنتين على الأقل ولا يصاحبها ميلانكونيا (النظرة السوداوية) . وأجريت محاولات لتقسيم الاكتئاب من حيث المنشأ الى endogenous . داخلي المنشأ وخارجي المنشأ . exogenous مع الأخذ في الاعتبار معيار الأحداث الخارجية المسؤولة عن الاكتئاب الخارجي المنشأ . والتعيرات في المركبات الأينية في المخ في الاكتئاب الداخلي المنشأ ولكن وجد العديد من الباحثين والعلماء . أن أحداث الحياة وضغوطها توجد في الاكتئاب داخلي المنشأ مثل بقية فئات الاكتئاب مثل (بيكيل Paykel ، ١٩٨٩) . كما أجرى أوفنبرال وهولستير (Overall & Hollister ، ١٩٦٦) تحليلاً هاملياً لأعراض كل من الاكتئاب التفاعلي والداخلي المنشأ فحصلوا على أربعة أنماط وهي الاكتئاب القلبي (anxious d) والاكتئاب التهيبي (agitated d)

والاكتئاب العدائى (Hostile d) والاكتئاب المتأخر (retard)
 ووجد (يونج وآخرون Young, et al ، ١٩٨٦) أربع مجموعات مقسمين
 الى مجموعتين حسب وجود أو عدم وجود النظرة السوداوية (anhedonia)
 او وجود مظاهر الخمول Vegetative مثل التغيير فى الشهية والنوم . كما
 أجريت محاولات لاطهار تاريخ أسرى لكل فئة ولكنها لم تصل الى نتائج مميزة لكسل
 فئة . أكد (روبنس وآخرون Robins, et al ، ١٩٩٠) أن الاكتئاب داخلى
 النشأة لا يعتبر فئة تتدل على سبب حدوث الاكتئاب ولكنها زملة من الأعراض محددة
 وبقية الفئات ممكن تسميتها اكتئاب غير داخلى أو تفاعلى (reactive d)
 كما أشار اليه (سبتزير وآخرون Spitzer et al ، ١٩٧٨) فى الأعراض
 المحددة التالية :

- ١- مشاعر ذنب عالية ٢- الاستيقاظ المبكر فى الصباح مع المعاناة من الأرق .
- ٣- فقد الشهية وفقد الوزن ٤- التأخر الحركى النفسى والخمول .
- ٥- فقد الاهتمامات البيئية والاستمتاع بالأنشطة المعتادة .
- ٦- نقص الدافع الجنسى . وهذه الأعراض الستة المحددة تتشابه مع أعراض الاكتئاب
 الأساسى (MDD) .

رئيسا يلى مقارنة بين تصنيف (DSM III) وتصنيف (ICD-9) للاكتئاب أحاد القطب

.unipolar

نظام التصنيف	أنماط الاكتئاب الأساسى (MDD)		الاضطراب الثنائي (DD)
لمر نوحى	يشتمل على الميلانكونيا	بدون ميلانكونيا	مع مظاهر ذهانية
DSM III	الاكتئاب البهوس والنقط الاكتئابى	ميلانكونيا لا إرادة	أعمى اكتئابى يشتمل على ميلانكونيا لا إرادة - اكتئاب ذهانى تفاعلى
ICD 9	الاكتئاب التفاعلى البهوس والسقط الاكتئابى	الاكتئاب داخلى النشأة وتشتمل على ميلانكونيا لا إرادة	اكتئاب تفاعلى اذنه اكتئابى - اكتئاب تفاعلى ذهانى - اكتئاب ذهانى تنس النشأة

وواضح من التصنيفين بالجدول السابق التداخل بين الاكتئاب الأساسي والاضطراب الدائشمي بوجود الأعصاب أو الاكتئاب العصبي في كل منهما . وأيضاً وجود الاكتئاب التفاعلي في ثلاث فئات تبعاً لتصنيف (ICD-9) ووجوده مع الفئة التي تشتمل على المظاهر الذهانية بالإضافة إلى الميلانكونيا في تصنيف (DSM III) . ومن هنا يصعب التمييز بين الفئات الأربع للاكتئاب الأساسي . ويتضح أيضاً أن الاضطراب الدائشمي يشتمل فقط على الاكتئاب العصبي وهو ليس موضوع اهتمام الدراسة الحالية . ولهذا انتصرت الباحثة عينه البحث على مرضى الاكتئاب الأساسي هذا بالإضافة إلى التطابق المتناظر في تصنيفاته لأربع فئات في كل من (ICD -9, DSM III) .

الاكتئاب الأساسي : Major depression :

- هو أهم فئة وأكثر شمولاً في الاكتئاب أحادي القطب . ولقد وضع " سبتيـرز وآخرون ، (١٩٧٨) مجموعة الأعراض التي تميز الاكتئاب الأساسي . وهي الفئة التي تناولها " بيك " في نظريته ، ويصيب الفرد لمدة أسبوعين بأعراض اكتئابية حادة وأحياناً يصاحبه ميلانكونيا أو بدون ميلانكونيا أو مظاهر ذهانية وهذه الأعراض هي :
- صعوبة الدخول في النوم أو النوم لمدة طويلة .
 - الشعور بالتعب والاجهاد وانخفاض نشاط الفرد .
 - التأخر الحركي النفسي والشكوى الجسدية بدون مرض جسدي .
 - مشاعر ذنب عالية لدرجة وهمية .
 - عدم القدرة على التفكير أو التركيز .
 - تراود الفرد فكرة الانتحار أو قياه فعلاً بمسلك انتحاري .

- فقد الشهية ونقص الوزن أو في بعض الاوقات زيادة الشهية وزيادة الوزن -

ونقدم مجموعة من الدراسات عن الاكتئاب :

أولا : دراسات خاصة بالفروق بين الجنسين في نسبة انتشار الاكتئاب أو فترات

حدوثه :-

دراسة (أمينسون وليونفيسهون) (Amenson & Levinson ، ١٩٨١)
وشملت تلك الدراسة (١٠٠٠) فرد من المجتمع . فوجدا نسبة انتشار الاكتئاب
بين الاناث أعلى منه لدى الرجال . ولكن وجد أن نوبة الاكتئاب لأول مرة في حدوثها
تصل نسبتها الى (٧١٪) في الرجال وفي السيدات (٦٩٪) ولكنها تستمر لمسدة
أطول مع السيدات ويحدث للسيدات في عمر زمني أقل من عمر الرجال . ونسبة (٢١٨٪) من
السيدات تصاب بنوبة الاكتئاب مرة أخرى بينما تصل في الرجال الى (١٢٩٪) . أعززا
الباحثان هذه الظاهرة الى كثرة الضغوط الحياتية على النساء من عمل وعناية بالأطفال
بالاضافة الى التغير الهرموني وخصوصا أثناء الدورة الحيقضية .

وقام كل من (جبرسون ولييهووتر) (Gershon & Liebowitz ، ١٩٧٥)
باستخدام كل من تصنيف ICD-9, DSM III في تصنيف الاكتئاب فوجدا أن الاكتئاب
لدى السيدات أحادى القطب أكثر منه لدى الرجال بغارق دال احصائي في كل من الدنمارك
وانجلترا واسكتلندا واستراليا وكندا واسرائيل وويلز .

وأكد كل من (وايزمان وكليرمان) (Weissman & Klerman ، ١٩٧٧)
أن الاكتئاب بين الاناث ثلاثة أضعافه بين الرجال . وأعزى (براون وهارييس
Brown & Harris ، ١٩٧٨) الاكتئاب بين السيدات بنسبة أكبر عنه لدى

الرجال الى زيادة ضغوط وأعباء الحياة على السيدات وخصوصا العاملات بالاضافة الى ضعف التدعيم الاجتماعى لهن .

وفى دراسة (سيوسان وهوكسيما Susan & Hooksema ، ١٩٨٢) عن الفرق بين الجنسين فى مرض الاكتئاب أحادى القطب وأعزوا ارتفاع نسبة حدوث الاكتئاب الآحادى القطب بين الاناث عن الذكور لأن الرجال يميلون الى النشاط أكثر تجاه الاستجابات والعشاعر السلبية لديهم ولهذا يظهروا أكثر تكيف من الاناث وأيضاً الاناث أكثر تشاؤم وأقل نشاط .

دراسة (روسينثال Rosenthal ، ١٩٧٨) حيث افترض عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بينهم لصالح الاناث .

وكذلك قام كل من (ستانجلير برينتر Stanger & Printz) بجمع التشخيص الخاص بطلاب جامعة واشنطن من العيادة النفسية للطلاب فوجدوا من بين (٣٢) حالة اكتئاب (١٨) اناث ، (١٤) ذكور وتم تشخيصهم كإكتئاب أساسى والفروق فى الأعراض غير دالة .

قام (فادينس Fadens ، ١٩٧٧) بحصر مرضى الاكتئاب خارج المستشفيات فى الفترة من (١٩٧٤ - ١٩٧٥) فوجد فروق دالة احصائيا بين الاناث والذكور لصالح الذكور فى الاكتئاب الذهاني .

ثانياً : دراسات خاصة بالأسلوب المعرفى لدى مرضى الاكتئاب ومقارنتهم بمجموعات أخرى من اضطرابات مختلفة أو أسوياء . وجمعت الباحثة الدراسات السابقة فى هذا القسم فى اتجاهات ثلاثة وهى فكرة الاكتئابى واعتقاده عن ذاته وعن المستقبل والعالم .

{ دراسات خاصة بالذات لدى الاكتشائين ومجموعات أخرى :

الاسم	المنشأة	الأى	الموضوع
لسارنا وكارلسون وجيوسبر Asarnow, Carlson & Guthrie ١٩٨٧.	١٤ اكتئاب، ١٦ لمر اكتئاب في مرما ليل الزايفة	اختبار تقدير الذات الكفاءة	لمر الاكتئابيين أعلى في تقدير الذات والكتبيين حصلوا على درجات منخفضة في الكفاءة الجسدية والاحتمالية
بيك وسثير وابستين براون Beck, Steer, Epstein & Brown ١٩٩٠.	٢٢٤ حالة اكتئاب أحادي القطب، ٢٢٩ اكتئاب ثنائي القطب، ٢٢٩ اضطراب ثنائي، ٤٩ اضطرابات سيكياتية أخرى	اختبار بيك لفهم الذات	مرضى الاكتئاب يتوجه أقل من حالات التلق ومشاهدين مع المجموعة الثالثة (مرضى الاضطرابات السيكياتية)
براون وبيك Brown & Beck ١٩٨٩	٢٩ مرضى اكتئاب بدون أعراض ثنائي، ١٨٢ اضطراب ثنائي بدون أعراض اكتئاب، ٢٤ اضطرابات سيكياتية أخرى	اختبار بيك لفهم الذات	مجموعة اضطرابات التلق والاضطرابات السيكياتية الأخرى أعلى معلوماً لتلق من مرضى الاكتئاب
كازمين Kazdin ١٩٨٩	١٧ مكتئب، ١٧٤ لمر مكتئب	اختبار بيك لفهم الذات	لمر المكتئب أعلى تقديرًا للذات
مككولر وأشرون McCaulley et al ١٩٨٨	٤٧ مكتئب، ٣١ لمر مكتئب العمر (٧-١٧ سنة)	مقياس بيك وفاروس لفهم الذات لدى الأطفال	لمر المكتئبين أعلى من حيث تقدير الذات
ديري وكويپر Dery Kuiper ١٩٨١.	١٦- مرضى اكتئاب، ١٦ لمر مكتئب وعائس من اضطرابات سيكياتية أخرى، ١٦ أسوأ وكل البيئات السابقة من الأمان	اختبار لرشف الذات	الاكتشائيين أعلى من حيث الأوصاف السالبة
دولسون وشافر Dulson & Shave ١٩٨٧.	٢٤ مكتئب، ١٤ لمر مكتئب وعائس من اضطرابات سيكياتية أخرى، ١٤ مرضى بأعراض جسدية	اختبار لرشف الذات	يرصد تروق الة بين الاكتشائيين وحض المجموعات في السلبية لعالم الاكتشائيين.

د دراسات خاصة بالنظرة للمستعمل لده، الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الاسم	المنهجية	الأداة	التفاصيل
ابرامسون وآخرون 1978, Abramson et al	٨ مرضى اكتاب، ٨ مرضى اكتاب مع أعراض فصامية، ٨ فصام بدون أعراض اكتابية ومجموعة ضابطة بأعراض جسدية	اختبار اليأس HS	الاكتئابيين أعلى من كل المجموعات من اختبار اليأس ومجموعة مرضى الاكتاب بأعراض فصامية أعلى من انضاميين بأعراض اكتابية.
كازدين Kazdin, 1988	١٧ مرضى اكتاب، ١٧ اضطرابات سيكاثوية أخرى العمر (١٢-٧ سنة)	مقياس اليأس للأفعال	الفرق دالة إحصائياً على مقياس اليأس لصالح مرضى الاكتاب
آسامو و باتس 1988, Asamow & Bates	٢٢ مكتئب، ٢٢ غير مكتئب كمجموعة ضابطة العمر (٧-١٤ سنة)	مقياس اليأس للأفعال	برجت فرق دالة إحصائياً لصالح الاكتئابيين على مقياس اليأس.
براون و بيك 1989, Brown & Beck	٧٦ مرضى اكتاب بدون أعراض لثن، ٨٢ لثن بدون أعراض اكتاب، ٢٤ بدون أعراض لثن أو اكتاب	مقياس اليأس للأفعال	مجموعة مرضى الاكتاب بدون أعراض لثن أعلى المجموعات على مقياس اليأس
هاميلتون و أبرامسون Hamilton & Abramson 1982	٢٠٠٠ مرضى اكتاب، ٢٠ غير اكتابيين ولديهم اضطرابات سيكاثوية أخرى ٢٠ أسوأ كمجموعة ضابطة	اختبار اليأس	الاكتئابيين أعلى المجموعات على اختبار اليأس

ج) دراسات خاصة بالنظرة للعالم لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

الاسم	المنهجية	الأداة	التفاصيل
جرينبرغ و بيك Greenberg & Beck 1989	٢٤ مرضى لثن بدون أعراض اكتابية ١٧ مرضى اكتاب بدون أعراض لثن، ١٥ مجموعة ضابطة من شخصيات أخرى غير الاكتاب والثن	مقايير خاصة برسك العالم نفسها سلس والنفس الأخر الجهاني	المجموعات غير الاكتابية أظهرت فرق ذات دلالة في النظرة الموجهة للعالم

التداخل بين حالات القلق والاكتئاب

في العديد من التقسيمات لتصنيف الاضطرابات الانفعالية يوضع القلق والاكتئاب ضمن فئة واحدة لدى الأطفال والمراهقين أو يوضع كل منهما منفصلاً عن الآخر من حيث الأعراض والتشخيص وأحياناً يعالج الاضطرابين معاً ونذكر منها على سبيل المثال بعض التصنيفات والآراء ومنها : تقسيم منظمة الصحة العالمية وضع القلق والاكتئاب في فئة واحدة وهي الاضطراب العصبي (neurotic disorder)
ويوجد أيضاً تصنيفات تضع القلق والاكتئاب كل في فئة منفصلة ففي الولايات المتحدة الأمريكية تضع رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين (١٩٨٢) القلق والاكتئاب كل في فئة منفصلة لدى الأطفال والمراهقين . حسب دليل التشخيص الاحصائي للاضطرابات العقلية (D.S.M- III) . وبالنظر لهذا التصنيف الأخير حسب الأعراض وتصر التصنيف على الأطفال والمراهقين لم يوضع الاضطراب لدى فئة الأطفال والتباين في الأعراض عند لدى المراهقين . ونظراً لهذا التباين في التقسيمات المختلفة للاضطرابات الانفعالية أجريت العديد من الدراسات كمحاولة ليجاد دلائل وحدود فاصلة بين كلا من القلق والاكتئاب .

ويشير (أحمد عكاشه ، ١٩٩٢) الى وجود " الاكتئاب والقلق المختلط ويستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من القلق والاكتئاب دون غلبة أحدهما على الآخر ودون أن يتواجد أي من نوعي الاعراض بدرجة كافية ، وهذه الفئة المختلطة حددتها (أكينباك وآخرون Achenbach-et al ١٩٨٩) ويعتبر كلا الاضطرابين أكثر شيوعاً لدى الأطفال عن غيرها من الاضطرابات الأخرى .

ويعزى البعض سبب التداخل وعدم التمييز بين الاضطرابات الى ضعف التعبير عن الانفعالات ووصفها لدى الأطفال وخصوصاً صغار السن . وان كان هذا الرأى صائباً فبنا هو السبب للتداخل بين الاضطرابات لدى المراهقين .

ويعتبر البعض كلا من القلق والاكتئاب اضطراب عصابي ويقع الافراد على متصل واحد يقع القلق في طرف والاكتئاب في طرف آخر أمثال (ديلي - واشك - أفري وولسن وديونار Dealy, I shiki, Avery, welson, and Dunner / (١٩٨١))

ويظهر التداخل ليس في التصنيف فقط بل في عبارات المقاييس المستخدمه لقياس كلا منهما .

اسم الاختبار	قائمه القلق كحاله	اختبار القلق الظاهر	قائمه الاكتئاب
وسمه للأطفال	لـلأطفال	لـلأطفال	لـلأطفال
STAIE	CMAS	CDI	
٦ فقرات	٦ فقرات	٦ فقرات	

ثالثاً : دراسات تناولت تاريخ الاسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب وهي هذه المحاوله الاخيره تناولت القلق فقط وحالات الاكتئاب فقط دون دراسه للحالات المختلطه (قلق - اكتئاب) .

أولاً : أمثله من الدراسات التي أظهرت التداخل بين القلق والاكتئاب في التشخيص .
موضحه بالجدول التالي . . .

الباحث	العينه	التأريخ
١- اندرسون وآخرون Anderson et al	٦٣ طفل في عمر ١١ سنه	٤٩ تلق - ثوبيا ٤- داشيميا - اكتاب ١- تلق - اكتاب يمثلون ١٥٩٪
١٩٨٧		
٢- استيرس لاس وهيروسون وكازوم Strauss, Last, Herson, and Kazdin	١٤٠ طفل في عمر (٥-١٧) سنه وتم تشخيصهم تلق في العياده	٧٦ تلق فقط ٣٠ تلق - اكتاب بنسبه ٢٨٣٪ ٣٤ اكتاب فقط
١٩٨٨		
٣- كاري وفنيك وام Carey, Finch and Imm	٢٩ طفل من داخل المستشفى ومتوسط العمر الزمني ١٢٩ سنه	١٢ اكتاب فقط ١٦ اكتاب - تلق بتسبه ٥٥٢٪
١٩٨٩		
٤- ويسمان وآخرون Weissmah et al	٢٢ طفل من عمر (٦-١٧) سنه سند وتم تشخيصهم كاضطراب انفعالي	٥ تلق فقط ٩ اكتاب فقط ٨ تلق - اكتاب بتسبه ٢٦٤٪
١٩٨٤		

٥- كوفكس وآخرون	١٢٤ طفل فني عمر (٨-١٣)	٨٥ - اكتئاب د ايشيا
Kovacs et al	تم تشخيصهم كاضطراب	٣٩ - اكتئاب - قلق
٠١٩٨٩	الفعالي	بنسبه ١٣٥٪

٦- بيرنستين وجارفينيك	٢١ طفل من عمر (٩-١٧)	٣ قلق فقط
Bernstein and	سنه (لديهم رفض للمدرسه	٥ اكتئاب فقط
Garfinkel	مزمّن	١٣ قلق - اكتئاب بنسبه
٠١٩٨٦		٪٦١٩

٧- كوستيلو وآخرون	٧٨٩ طفل من مركز الدعايه	١٧٢ قلق
Costello et al	الأوليه للأطفال	١٣ اكتئاب
٠١٩٨٨		٣ قلق - اكتئاب ٨٪

ثانياً : امثله من الدراسات للتمييز بين القلق والاكتئاب من حيث الانفعالات المميزه لكل اضطراب والجانب الادراكي المعرفى .

(١) دراسه (بلوميرج وازارد Blumberg & Izard ٠١٩٨٦) عن التمييز بين أنماط الانفعاليه للأطفال المشخصين كقلق واكتئاب فى عسر

زمنى (١٠) سنوات .

وأظهرت الدراسه مايلسى = :

١- الحالات الاكتئابيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب وكراهيه الذات والخجل .

٢- الحالات القلقيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب والخجل .

وتميزت المجموعه الاكتئابيه بانفعال اساسه الحزن والمجموعه القلتيه بانفعال اساسه الخوف ولكن وجد ان المجموعه الاكتئابيه لديها مخاوف بدرجة عاليه ولهذا تقرر بأنه من الصعب فصل الاضطرابين في فئه منفصله وكان ينظر لكلاهما كحاله وجدانيه ساليه .

وترى الباحثه الحاليه أن هذه الدراسه أظهرت أن المجموعه الاكتئابيه تتميز بالحزن وكراهيه الذات عنه لدى المجموعه القلتيه بناءً على المقارنه السابقه .

(٢) دراسه (بيك ولودي ويوهيمير Beck, Leude&Bohmer ١٩٩٢) .

عن التمييز بين الجانب المعرفي للاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين ، فوجدوا ان النمط المعرفي للفرد القلق وكأنه يحاول ازاله خطر أو أذى متوقع بينما في الاكتئاب يتركز على الفشل والنقد للذات والآخريين .

(٣) دراسه (كيندال واطسون Kendall & Watson ١٩٨٩) .

عن التمييز بين القلق والاكتئاب عند الاطفال من حيث الجانب الانفعالي المميز لكل فئه وأظهرت النتائج وضع الفئتين ضمن الاضطراب الانفعالي العالبي .

(٤) دراسه (ماسير وكلونجر Maser & Clominger ١٩٩٠) .

عن الجانب المعرفي لحالات القلق والاكتئاب عند الاطفال وأهم ما يميزها . أظهرت الدراسه ان الجانب المعرفي يظهر ادراك الحالات القلتيه لخطر وشيك الحدوث وفي الاكتئاب فقد وكراهيه للذات .

ثانياً : أمثله من الدراسات التي تناولت تاريخ الأسره كمحاوله للتمييز بين القلتي والاكتئاب :-

(١) دراسه (لونجستون ونوجينيت ورادير وسميث Lwingstion ,

Nugent, Rader ١٩٨٥ م .

درسوا التاريخ الأسري لـ (١٢) حاله قلق (١١) حاله اكتئاب من الاطفال وجمعوا معلومات عن الآباء والاجداد . وجدوا فروق بسيطه بين تاريخ الأسره

فى المجموعتين . فوجدوا أن كلا المجموعتين لى بهن تاريخ أسرى لاضطرابات وجدانيه ومن المتعاطين. الخمر . ووجدوا فروق واحد فقط بين الفئتين هو انتشار تعاطى الخمر أو المخدرات بصورة أكثر لى أسرى الاطفال القلقين .

(٢) دراسه (ابرك وبرادى وفيليب وكيندال Eirik, Brady, Philp and Kendall

قاموا بدراسه للتاريخ الاسرى للأطفال والمراهقين المشخصين كحالات قلق أو اكتئاب للتمييز بين الاضطرابين ، ولم تظهر هذه الدراسه فروق ذات أهميه فى التاريخ الاسرى وتناولت هذه الدراسه كل اضطراب على حده ولم تتطرق الى دراسه الحالات المختلطه وذلك تناولت الأطفال والمراهقين كعينه معا رغم الاختلاف بين الفئتين .

(٣) دراسه (استافراك وآخرون Stavrakak ١٩٨٢ .

عن التاريخ الاسرى لأطفال قلقين واطفال اكتئاب وتم تصنيف الاسرى الى (٤)

مجموعات . مجموعه لى بها اضطراب انفعالى . ومجموعه لى بها اضطراب انفعالى . ومجموعه لى بها اضطراب معرفى ومجموعه لى بها اضطرابات مختلطه ومجموعه خاليه من الاضطراب .

وأظهرت الدراسه أن الاطفال القلقين تميزت أسرههم بالمشكلات المختلطه (معرفى - انفعالى) والأطفال الاكتئابيين تميزت أسرههم بمشكلات ذات صبغه انفعاليه .

الاضطراب الوسواسي القهري

Obsessive Compulsive Disorder

يعتبر اضطراب الوسواس القهري (O.C.D) أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً حيث تقل نسبته بين مختلف الاضطرابات (٣٪) وتصل بين المجموع العام من الافراد (٥.٠٪) (كابلان استيفين Kaplan, S ١٩٩٤)

ويعزى البعض انخفاض نسبه وجود اضطراب الوسواس القهري منفصل هو تشابهها مع البرانوبيا والذهاب بوجه عام من حيث تجريد الفكره وتكرارها ويعتبر صلاح مخيمر ميكانيزم العزل والتجنب والسبب الآخر هو الاختلاف بين الشخصيه العمائيه القهريه واضطراب الوسواس القهري حيث لا يوجد نموذج الشخصيه القهريه في كل الحالات وتفرق الدراسات النفسيه التحليليه بين ميكانيزم الدفاع في الاضطراب الوسواسي والشخصيه الوسواسيه فيغلب على الشخصيه الوسواسيه (التثبيت) على العرله الشرطيه مسن النمو النفسي الجنسي . بينما في الاضطراب يوجد (النكوص) ضد قلق الصراعات الاودينيه وكلا من المظهر الوسواسي سواء سمه أو عرض يعكس ميكانيزم دفاعي هو الاسقاط لكل من الشخصيه الوسواسيه القهريه والاضطراب الوسواسي القهري وكاجراء لعقاب الأنا الأعلى (جولد ستيبي Goldstein ١٩٨٥) والأعراض الوسواسيه القهريه سواء للاضطراب أو للشخصيه الوسواسيه القهريه يعزيبها البعض الى الصراع بين العدواني والخضوع ، والنظافه والقذاره أو كونه جيد أم رديئاً أو آمراً أو مأموراً .

ولقد وجد (تشابير و Shapiro ١٩٦٥) تشابه بين نموذج الشخصيه البارانونيه والحالات الوسواسيه القهريه من حيث الاعتقادات والآراء غير الواقعيه التي تم تجريد ها حيث يفسر (صلاح مخيمر ١٩٢٢) حدوث الافكار والمسالك القهريه بميكانيزم العزل والتجنب بعزل الفكره المتسلطه عن الجهاز الحركي وبالتالي تمنع من التنفيذ أي يتم عزلها عن شحنتها الانفعاليه الدافعه وبالتالي تصبح مجرد فكره عاجزه لا سبيل أمامها

للتفويض الفعلي وعندما يزداد الأمر تعقيداً تظهر المسالك القهريه التي تحول التلقائيه الى خط مرسوم لا يجيد عنه لمزيد من ضمانات العزل والتجنب فمثلا العدد والتكرار دليل على الشك والتردد وهنا يظهر الفرد معزول داخل نفسه وضمن اطار محدود .
وذوي الاضطرابات الوسواسيه القهريه يشعرون بتفاهخ هذه الافكار والمعتقدات ولكن لا يستطيعون التخلص منها أو السيطرة عليها وتعد بيلها .
بينما في حالات البرانوبيا الاعتقاد حازم يصحبه افكارهم ومعتقداتهم وكذلك يكون النكوص أمعن في حالات الرانوبيا .

ويرى عكاشه أن بعض حالات الوسواس القهريه تتحول الى اضطرابات ذهانيه أو يشفى المريض من الوسواس القهريه وتظهر لديه اضطرابات ذهانيه وتتداخل أعراضه مع المخاوف بدرجة كبيره من حيث التجنب لبعض الاشياء كالخوف من الطوث والمرض ويتميز ذوي الاضطرابات الوسواسيه بالاندفاع والشك والتردد وامعان التفكير في التفاصيل .

وفيما يلي بعض الاعراض:

١- الافكار والصور الوسواسيه .

٢- الافعال القهرييه .

١- الافكار والصور الوسواسيه :

وهي سيطره فكره خاصه على المريض أو صوره لمنظر محدد تتكرر باستمرار ولا يستطيع المريض مقاومتها أو التخلص منها رغم وعيه بسخافه الفكره الملحقه أو الصوره المتكرره ويحاول جاهداً التخلص من الفكره أو تصور تلك الصوره ولكن دون جدوى .

٢ - الاندفاعات

وسيطر على المريض رغبة أو اندفاع لا يقاوم لأفعال لايرضى عنها ومعظمها أفعال لا يرضها الدين ولا الخلق والقيم + ويقاوم هذه الاندفاعات التي تكون في صورة عدوانيه أو انتحارية أو مخالفه وتؤدي إلى توقف نشاط الفرد للمقاومة الشريرة التي يبديها تجاه هذه الاندفاعات .

١- اجترار الافكار :

يبتاب المريض أفكاراً وأسئلة ليس لها اجابات ولكن لا يستطيع التخلص منها رغم اقتناعه بعدم صحتها وتتعلق الاسئلة دائماً بالنواحي الدينيه أو السياسيه أو ال

المخاوف :

هناك ارتباط بين الفوبيا (المخاوف) والافكار والصور القهريه وأيضاً الاندفاعات والطقوس الحركيه مثل الخوف من التلوث والمرض أو ركوب السياره أو الطائره .

الطقوس الحركيه :

وهي افعال قهريه يسيطر على المريض ولا يستطيع الحد منها أو منعها رغم اعتقاده بعدم صحتها مثل عد أعمدة الكهرباء ويتبع هذه الطقوس الحركيه مخاوف ويتميز بالاندفاع ولا يستطيع السيطرة عليها ولذلك تترايط هذه الأعراض مكونه زملة أعراض تميز مرض اضطراب الوسواس القهري وفي بحث لـ (أحمد عكاشه) وجد ان الطقوس أكثر انتشارا ويتبعها بعض المخاوف وفي اغلبها لها علاقه بالنواحي الدينيه وفي مجملها تمثل ما يتعلق بما يحرمه الدين الاسلامي ووجوب الطهاره والتخلص من الأثام سواءً بالاغتسال أو التوبه .

وهنا تظهر أعراض خاصه بالنظافه والتلوث ولذلك يتميز العصابي القهري بالتناقض الوجداني والملاحظ أحياناً ان الاعراض القهريه . . .

ميكانيزمات الدفاع :

ونظرا للارتباط بين الميكانيزمات الدفاعيه والعصاب فيستخدم مريض العصاب القهري اساليب دفاع ضد أفكاره وطقوسه التي لا يستطيع مقاومتها ومنها الاسقاط والنكوص والعزل والمحو والكتب والتلوينات المضاده .

المقاييس

يوجد العديد من المقاييس لقياس الاضطرابات وشدته وتكرار السلوكيات ومنها

* مقياس يالى براون للوسواس القهري

Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale.(Y-Bocs)

ويتكون من ١٠ بنود لقياس شدة الاعراض مثل الوسواس والاندفاعات والتدقيقات والتكرارات

السلوكية ويتميز بثبات وصدق عال داخلي وتوضع فيه الدرجة على الوسواس كقسم

وتقسم آخر للاندفاعات

* مقياس المعهد العالى للصحة العقلية للعصاب القهري (NIMH-OC)

National Institute of Mental Health Obsessive

Compulsive Rating Scale

ويقيس الافكار الوسواسية الحصارية والمقاومة للاعراض الاندفاعية والقلق ومشاعر الذنب

العصائبي والتجنب ويتكون من (١٨) بنود وأجريت له تعديلات وصدق وثبات

* مقياس التقدير الذاتى لاضطرابات الوسواس القهري

Self Rated Scale For Obsessive Compulsive

Disorders (SRSOCD)

ويتكون هذا المقياس من (٣٥) بنداً وتقع الاجابه عليها فى مستويات خمس ويقيس

المقياس أربعة مكونات هى :-

1- Distressing

١- الضيق الناتج عن الضغوط

2- Thoughts

٢- الافكار

3- Rituals

٣- الطقوس

4- Perfection

٤- الكمال

5- Contamination

٥- الخوف من التلوث

ويعتبر هذا المقياس شاملا وسهل التطبيق في المجال السيكمترى كما أجريت له صدق المحك مع المقياسين الكليينيين السابقين .

المراجع

- ١- أحمد عزت راجح (١٩٧٧) . أصول علم النفس . القاهرة . دار المعارف .
- ٢- أحمد عكاشه (١٩٩٢) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة . الأنجلو المصرية .
- ٣- أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٧) . قائمة ويلوبى للميل العصابى . كراسة التعليمات دار سعيد للطباعة . الاسكندرية .
- ٤- أحمد محمد عبدالخالق (١٩٧٩) الأبعاد الأساسية للشخصية . القاهرة . دار المعارف .
- ٥- أحمد محمد عبدالخالق ، مایسة النیال . فقدان الشهية العصبی وعلاقته ببعض متغیرات الشخصية . مجلة دراسات نفسية . ١٩٩٢ المجلد الثانى . العدد (١) .
- ٦- آمال عبدالسمیع باظة (١٩٨١) . دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى المراهقين الأصحاء والمصابين بروماتزم القلب ماجستير - غير منشور - تربية طنطا .
- ٧- آمال عبدالسمیع باظة (١٩٨٦) . العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين دراسة تجريبية إكلينيكية . دكتوراه . تربية طنطا .
- ٨- آمال عبدالسمیع باظة . السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفى لدى مرضى الإكتئاب الأساسى من الجنسين . مجلة كلية التربية بالزقازيق . ١٩٩٣ . العدد العشرون . يناير .
- ٩- آمال عبدالسمیع باظة . مشاعر الذنب لدى الفصاميين البرانويديين وذوى الميل العصابى والاسوياء . مجلة كلية التربية بينها . ١٩٩٤ . أكتوبر .
- ١٠- آمال عبدالسمیع باظة . الكمالية العصابية لدى مرضى الفصام البرانويدي والاكئاب الأساسى والهستيريا التحويلية والاسوياء من الجنسين . المجلة المصرية للدراسات النفسية (١٩٩٦) المجلة السادس . العدد (١٥)
- ١١- آمال عبدالسمیع باظة . الكمالية العصابية والكمالية السوية . مجلة دراسات نفسية (١٩٩٦) المجله السادس . العدد ٣ يوليو .
- ١٢- حسين عبدالعزيز الدرينى (١٩٨١) . مقياس الخجل (كراسة التعليمات) دار الفكر العربى . القاهرة

- ١٣- صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل الى الصحة النفسية . مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة.
- ١٤- عبدالرقيب أحمد البحيري (١٩٨٢). إختبار القلق. حالة وسمة (كراسة التعليمات) دار المعارف القاهرة .
- ١٥- محمود السيد ابوالنيل . دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالامراض الجلدية وجوانبها الارشادية والتربوية . مجلة جامعة الامارات العربية المتحدة . ١٩٨٣ . المجلد الاول - العين .
- ١٦- مصطفى مويوف (١٩٧٨) علم النفس الحديث . معالم ونماذج من دراساته . مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة .
- ١٧- وليم الخولي (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى . دار المعارف - القاهرة .
- 18- Agras, S. Barlow. D. choplin, H. Abel, G., & Lettenberg, H. Behaviour Modication of Anorexia nervosa. Archives of General psychiatry, 1984, 30,279-301 .
- 19- Agras, S. (19870) Eating disorders managment of obesityblimia. and anorexid nervosa, Elmsford, ny. pergamon.
- 20- Alford, B, & Boyle, M. (1982) Nutrition during the life cycle. englwood cliffs, ny . prentice hall.
- 21- Abmagor, M. & Bem- porath. the two factor model of self-reported mood: Acrosscu tural repilcation. journal of personality assesement (1989) 53-10-12.
- 22- Arwar, A, Majida, I. and Qamar, H (1979). Acomarative study of certain personality characteristic of psychosmstic and psychoneurtic. Indian journal of clinical psychology. N. b. pp, 181-184.
- 23- Averill, J.R. studies on anger & aggression implications for theories of emotion. american psychological (1983) 38, 1145-1160.
- 24- Bandura. A. (1973). aggression. a social learning analusis. N. y. prentic hall, englewoof cliffs.
- 25- Bandura, A. & ealters, R. (1977). social learning and personality development N v

- 26- Beck, A. T. (1979) cognitive therapy and emotional disorders. N. Y. international university press.
- 27- Berkowitz, L. (1979) some determinations of Impulsive aggression the role of mediated associations with reinforcement for aggression, P.
- 28- Brich, leann. L., obesity and eating disorders: A developmental perspective. dissertation abstracts, (1992), vol, 78, 29780.
- 29- Boozy, timothy, L. Perry, Narry, Nathan W. Rancy, Gary Fischler (1991). detection of quality knowledge with event related potentials, journal of applied psychology (Dec) vol 76 (6). 788-795.
- 30- Blomberge, S. H. & Izard. C.E. (1986). discriminating patterns of emotions in 10 & 11 years old children's anxiety and depression. journal of personality 51-852-857.
- 31- Brich, leann. L. obesity and eating disorders: A developmental perspective. Dissertation abstracts, (1992), vol 78, 24780.
- 32- Brombra, D., cammins, G. & friedman, S. (1980). Protecting physical and mental health. In J. Reigel. Toward adolescence. the middle school years (pp.141- 162), Chicago; NSSE.
- 33- Bryant, waugh, R. Lask, B, anorexia nervosa in a group of Asian children living in Britain. British journal of psychiatry, (1991), vol. 158, feb. 229-233.
- 34- Burns, D. the perfectionism script for self-defeat. psychology today, 1980, november, 39-51.
- 35- Buss, A. H., & Perry, M. the aggression Questionnaire. journal of personality and social psychology, 1992, vol. 63, No. 3, 452-459.
- 36- Bybee, Jane, A, & Zigler, Edward (1991): self image and guilt. a further test of the cognitive-developmental formatoin- journal of personality. (Dec). vol. 58 y 1, 733-745.
- 37- Butcher, Ann Houston. Disposition and decision making effects of negative affectivity and mood on effort and search strategies in multiattribute decision tasks. dissertation abstracts (1992) vol 52. no. 6. December.
- 38- Clark, I. S. (1970). A comparison of two hostility inventories using an abnormal population, Bri. J. psychiat. no 116. P.225.

- 39- Crown J. M. & Crown, S. (1973). the relationship between personality and the presence of rheumatoid factor in early rheumatoid disease. *second- J. Rheum . no. 3. p. 120-123.*
- 40- Davivl, Thomas. J. Johnson, Ronald, G & Danko George, P. (1992). personality correlates of public and private self consciousness. *personality & Individual differences (May) vol, 13. (3) 381-384.*
- 41- Davies, E., & Furnham, A. (1986a) the dieting and body shape concerns of adolescent females. *journal of child psychology and psychiatry, 27, 414-426.*
- 24- Davies, E. & Furnham, A. (1986b) bodily satisfaction in adolescent girls. *british journal of medical psychology, 59, 279-287.*
- 43- Dawn, M. Mc Daniel & Steven Rechar, coping with dysphoria: gender differences in college students. *journal of clinical psychology, (1990), vol. 46. no, 6 november, 896-899.*
- 44- Diner, E. Isen, R. J., Levin, S. & Emmons R. A. Intensity and frequency dimensions underlying positive. *journal of personality and social psychology (1985) 48, 1253-1265.*
- 45- Dreyer, J. (1964). *Dictionary of psychology, middlesex, england , penguin books.*
- 46- Dunbar, F. (1993). *Psychomatic diagnosis. N. Y. pavol bhocler.*
- 47- Edmands. G. (1980). *the measurement of human aggressivness. england. ellis. horwood limited.*
- 48- Edward. B. Blanchard and Larry, D. (1973). Self- control of cardio functioning promises as yet an fulfilled. *psychological bulletin, vol, 79, no. I. pp, 1-6.*
- 49- Ehrl, chman, H. & halpen, J. N. Affect and memory effects of pleasant and unpleasant orders on retrieval of happy and unhappy memories, *journal of personality and social psychology (1988), 55, 769-779.*
- 50- Ekman, P. (1982). *Emotion in human face 2 nd (ed) cambridge, england. cambridge university press.*
- 51- Ekman, P., Davidson, R.J. & Friesen, W. the duchenne smile: Emotional expression and brain physiology. *journal of personality*

- 52- **Eyclopedia Britanica. (1973).** vol. 15. london, proboscider. rubber.
- 53- **Eysenck, h. J. (1972)** encyclopesia of psychology, london. Herder and Herder.
- 54- **Eysenck, H. J. (1973)** Hand book of abnormal psychology. london pitermal medical .
- 55- **Fehr, L. & stamps, L. (1979)** Givlt and Shyness : Aprafile of docial discom fort. Journal of persona lity Assessment, 43,418-484.
- 56- **Feighner, J. Robins, E. Guzem. S. B. woodruff, R. A. winokur,G.& Munoz R (1972).** Diagnosticcriteria for use in psychiatric.
- 57- **Foulds, G. A. Caine. I. M. and hope, K. (1957).** Manual of hostility and direction hostility ques tionaire, londoupress.
- 58- **Foulds, G. A. (1965).** Personality and personalillness london tavistock publications .
- 59- **Frazier & shervts, H. (1980).** Headache. (chapter 26) in harold, I. (et al). eomprehensive text book of psychiatry. vol. II. london. willians & wikins batimore.
- 60- **Freedman, D. & kaplane, M. P. (1982) :** comprehensive text book of psychiatry, M.S. A william & wilkins company Baltimore.
- 61- **Freedman, Maurice (1991) :** Reflections on hidden existen tialguilt, Humanistic psychological. (feb), vol. 4(3) 277-281.
- 62- **Frost, B. P. (1970):** Anote on extraversion and aggression western psychologist, I, pp, 111-112.
- 63- **Frost, R.O. Marten, D. Lahat, G. & Rosenblate.** the dimentions of per fectionism, cagnitius. therapy and Research, 1990, 14, 449-468.
- 64- **Furnham, A. &Henly, S.,** lay belifs about over coming psychological problems. Journal of social & clinical psychology, 1988, 26, 423-438.
- 65- **Funham, A., & Kramers, M.** Eating problems patient's conceptions of normality. Journal of genetic psychology, 1989, 120, 147-153.
- 66- **Furnham, A., & Antera, H. W.** Lag theories of Anorexia nervosa, Journal of clinical psychology, 1992, vol. 48. No. 1. January. 20-36.

- 67- George, L. K. H.S.U. Experimental aspects of bulimia nervosa. behaviour modification 1980, vol. 4. No. 1, January.
- 68- Gothile, I. H. & Megor, J.P. Factor analysis of the multiple affect adjective check list. Aseparation of positive and negative affect. journal of persona lity and social psycholgy (1986). 5, 1161-1165.
- 69- Graham, P.T.(1972). Psychomatic medicine. In Greenfield, N.S.& stern back, R.A. Hand book of psuchophly siology. N.Y. Holt rinehart & winston.
- 70- Grinker, karen & R.R. Miller, J.Sabshin, M.Nunn, R. & Nunall 4, J. C (1961): the phenomina of depression. Newe york. Hoelder.
- 71- Guttman, O.(1966). Psychological conditions and psycho therapy, N.Y. Gralinc foundation.
- 72- Hamdckek. D.E. Psychodynamics normal and nen rotic perfectionism. Journal of psychology, 1978, 15, 27-33.
- 73- hass, K.(1979). Abnormal psychology.N.Y. Dwan. nostrund company.
- 74- Hewitt paul. L & censt, M. the ideal self schematic processing per fectionistic content in dysphoria niver sity student. Journal of personality and social psychology, 1990. 59, 702-808.
- 75- Hevirth paul, L. Flett gordon, L. perfectionism in self and social contexts conceptea lization Assessment and association with psychopa thology. Journal of personality and social psychology, 1991, vol. 60 No 3, 456-476.
- 76- higgim botham, Linda. G.K. Anexistia and empirical analysis of death anxiety and perfectionism in aca de mically giftef and traditional college students. Dissertaion Abstracts. International, 1993, vol. 53, no 9,4995-B
- 77- Howard, J.H.(1979). Health patterns associated with type A behavio behavior. Dissrtation Abstracts. vol. 32.no. (9-B), P, 4575.
- 78- Indira, S.N. and V.N. Nurphy. (1977). Hostility conttels in psychosomatic illness. Indian journal of clinical psychology. vol. 14. No. 2pp.
- 79- Indria, S.N. Murthy. (1979). T.A.T. hostilty and psychosomatic conditions. Indian. J. clinical psychology. vol. 67. No. 4. pp, 41-50 .
- 80- izard, G.E. (1997). Human emotions new york. plenum press.

- 81- Jach, Ray stronge, 1956. Abnormal psychology Mcgrake. hill. New delhi.
- 82- Jane, L. Wong. & Dani, J. Waltekers, depression mood state and their cogritive and personality corre lates in college students: the improve overtime. Journal of clinical. Psyshology, 1993, vol. 44, no. 3,615-622.
- 83- Jefferu sobal & Albert. J.S. socio economic status and obesity. Psycological. Bulletin, 1987, vol. 101, No. 2, 271-273.
- 84- Jonk, Mills. Differeces of locos of control. between obse Adult and Adolescentin femals under going weight reduction Journal of psychology, 1991, vol. 125, No. 2, 195-199.
- 85- kenedell, R.E. (1970) : Relation ship between aggression and depression. Archives of general. Psychiatry. No. 128. pp, 146-155.
- 86- Kugler, karen & jomes, Earau, H.(1992) : On conceptualizing and assessing guilt. Journal of personality (Feb). vol, 62(1) 318-327.
- 87- Kurk hass. (1979) Abnormal psychology : van nostrand company. new york. P. 114-117 .
- 88- Lee, Sing. Anorexia nervosa in adolecents of Asian extractions comment : British journal of psychology, 1991 (Feb). 158, 284-285.
- 89- Lee, Sing, Lewg, G.M. wing. Y. chin, F. Acne as arich factor for anorexia nervosa in chinese : Dissertation Abstracts, 1992, vol. 78, 2492.
- 90- Lisa, D., Hiz and Donald, A, williamson. Bullimia and depression : A. Review of the Affective variant hgpo thesis. psychological Bulletin, 1987, vol. 102. No. I, 150-158.
- 91- Lorne 3, K. (1969) . On aggression . harcourt Brace and world new.
- 92-Maccoby, E . E & Jacklin -C.N.(1974) . The psychology of sex differences . starford califatin ford u. Press New york .p.
- 93- Mariolice faubel . Body Image and depression in women with Early and late onset obesity Journal of psychology.(1989) vol. 125, 285 - 295
- 94- Marx, E.M. , & schut 3 , c . c . I . Inter personal program solving in depressed students . Journal of clinical psychology .1991, 47, 361 - 367
- 95- Maxwell, H . Migraine . (1966) . Birstol .wright .

- 96- Mayer, J- D- & Gaschke, y. N. The experience and meta experience of mood . Journal of personality and social psychology (1988) 52 , 81 -90 .
- 97- Nolen -Hoe ksema . sex differences in unipolar depression Evidence and Theory, psychological Bulletin (1987), 1019, 259-282
- 98- Phelps, L. & When Znki, F. cognitive Behavioural. Dimesions with Non clinical Adolescents, Journal of clinical psychology, 1993, vol. 99, No. 4.
- 99- Philips, G. (1976). Headache and personality. Journal of psychosomatic research. vol. 20. pp., 535-542.
- 100- Pike, kathleen, M& Radin, J. mothers , doughters and disordered eating . Journal of Abnormal psychology , 1991 . (May) .vol'. 100 , No . 2 , 198 -204
- 101- Plutihik, R. (1980). Emotion .. Apsycho evalua tionary synthesis, New York, harper & Row.
- 102- projansky, Dolores Eleabeth. Effects of mood and affection recall of positive and negative in formd tionq about the self . Dissertation Abstracts (1990) vol . so , No 10 , April , 5189 - A .
- 103 - Raskin, R, & Terry. Aprincepal components analysis of the marciss it ic persona lity Inventory and further evidence of construct validity. Journal of persona lity and social psy chology, (1988), 59, 890-902.
- 104 - Rastam, Marid & Gillberge, Christopher. The family back ground in dnorexia nervosa, A population Based study Disserta tion Abstracts, 1992, vol.78 24934.
- 105 - Rimon, R. (1973). Rheumatoid factor and aggression dynamic in female patients with heumatoid arthritis. scand. J. Rheumatology. No. 2. pp., 119-122.
- 106- Rita, H. & Rees, L. (1973). psychological aspects of migraine. J. psychosomalic research. vol. 17. pp., 141-153.
- 107- Robert, B. (1980). Aggression. In freedman and Benjanis, J. compre hensive text book of psychaitry. vol. I. London williams & wilkins.
- 108- Rowland, Neil, E. Bio logical. factors in eating and its dis orders . psycho logica LBulletin. 1991, vol. 29, No. 3, 249-256.

- 109- Russell, J. A. Acircumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, (1980), 39 , 1161 - 1178.
- 110- Scott, J. P. (1977). *The physiology of aggression and defect*. N.Y. plenum press.
- 111 - Selye , H. (1956). *The stress of life* .N. Y. Me - Grawe hall .
- 112- Slade, P. Towards functional. Analysis of anorexic and bulimic nervosa. *British Journal of clinical psychology*, 1982, 21, 167 - 179.
- 113 - Slade, P. Update on scans . A screening instrument for Ident ifying indivi duals at risk of deve loping an eating disorders, 1990, In terna tional *Journal of eating disorders*, vol. 6, No. 5, 583 -584.
- 114- Slade, P. D., & Dewey, M. E. Devel opment and preliminary validation of : SCANS : A screening in strument for identifying individuals at risk of developing anorexid and bulimia nervosq. In terna tional *Journal of eating dis orders*, 1991, 5, 517 - 538.
- 115- slade, p. D. Newton, T. Butter, N. M., & Murthy Anexperimental analysis of perfec ionism and dissatisfaction *British Journal of clinical psychology*, 1991, 169 - 176. .
- 116- Smith, E. R., & Kleugel, J. R. Cognitive and soeial bases of emotional experience : outcome attribution and affect .*Journal of personality and social psychology* (1982), 43, 1129 -1141.
- 117- Steven Brady. Perfectionism and Millons basic persona lity patterns. *Dissertation Abstracts Inter national*, 1988, vol. 49. N. 6. 2405-2406.
- 118- sotozkin, B. The quest for perfection : Avoi ding guilt or avoiding shame? *Psycho therapy*, 1985, 22, 564 -571.
- 120- Walman, B. (1973). *Dectionary of behavioral science* (Edt : 1) N. Y. van Nostrand Rinold company.
- 121- Walman, B. (1973). *Hand, book of general psychology*, new Jersy, prentic hall, Engle wood clifs.
- 122- Warren, H., G. (1954). *Dictionary of psychology*, Boston. Houghton Mifflin company.
- 123- Watson, David & clark, Lee, A. (1992): Affects separable antinsepara ble on the hierarachic of arrangement of negative affects. *Journal of personility & social psychology* (Mar). (3), 489 -505

- 124- William, D. (1975). Neural factors related to habitual aggression. In moyer, K, E. Physiology of aggression. N.Y. Raven press
- 125- Wright & Irving, (1976). Role of psychogenic and behavior patterns en development and aggression. J. Medicen, vol, 75. N-2. P.P., 2128 - 2132.
- 126-Wright, Longm (1978). Conceptilizing and defniting psychosomatic disor ders. American psychologist. VoL. 32. No. 81. Pp. 625 -628.
- 127- Zatten, Waxler & Carloyn (1989): patterns of civiltion of children of well depressed mothers. Journal of society for research in child deve lopment April, 27 - 30.
- 128- Zahin, Waxper. & Carolyn (1991): Religion and guilt in O C D patients. Journal of Anxiety disorders. Vol. 5 (4), 359 - 361
- 129- Zillman, D. (1979). Hostility and aggression N.Y. Erlous Associates.

فهرست الموضوعات

الفصل الأول : الشخصية

٦	نظريات الشخصية
١٩	السمات
٢١	الأبعاد
٢٧	الانمط
٢٨	الشخصية والمرض - مقدمه
٣١	الشخصية لبعض الحالات المرضيه
٦١	الشخصيه والالم
٦٣	الشخصيه وعلاقتها بالمرض السيكوسوماتي
٦٩	استخدام التغذية الرجعيه مع المرضي باضطرابات سيكوسوماتيه

الفصل الثاني : الاضطرابات السلوكيه :

٧٢	العدوانيه والعدائيه
٧٦	النظريات المفسره للعدوانيه
٩٤	علاقه العدوانيه بالعدائيه
١٠٠	العدوانيه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه
١٢١	قياس العدوانيه والعدائيه
١٤٣	العدوانيه لدي كل من الرجل والمرأه
١٥٢	الاثار السلبيه للعنف الذي تتعرض له الاناث والسيدات
١٥٤	مشاعر الذنب
١٦٥	فقدان الشهيه العصبى

١٧٩	نموذج (بيترسلاد) التحليلي الوظيفي لفقدان الشهية العصبي
١٨٨	نموذج (بيترسلاد) التحليلي الوظيفي للشهه للطعام
١٩١	الكماليه العصايه
١٩٦	الوجدانات انساليه والموجه

الفصل الثالث : الاضطرابات الوجدانيه:

٢٠٦	مقدمه
٢٠٧	نظريات تفسير حدوثها
٢١٨	الهستريا
٢٢١	التشخيص الهستيريه
٢٢٢	تصنيف الأعراض الهستيريه
٢٢٦	هستريا التبدين والامراض السيكوسوماتيه
٢٣٠	الاكتئاب
٢٤١	التداخل بين حالات القلق والاكتئاب
٢٤٧	الاضطراب الوسواسي القهري
٢٥٢	المراجع

رقم الإيداع ٩٧/١٥٣٣٨
الرقم الدولي 4-1588-05-977

